
FACULTÉ DE MÉDECINE

Des
Recto-Colites ulcéreuses
chez
les bacillaires pulmonaires de Koch

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mai 1937

PAR

Louis CAUVY

Né le 12 Septembre 1908 à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MM. VIRES, Professeur, prés.
PUECH, Professeur.
AIMES, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

{ *assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, Rue de Sauvages, 1

—
1937

**Des Recto-Colites ulcéreuses
chez les bacillaires pulmonaires de Koch**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE

Des

Recto-Colites ulcéreuses

chez

les bacillaires pulmonaires de Koch

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Le 3^e Mai 1937

PAR

Louis CAUVY

Né le 12 Septembre 1908 à Montpellier (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MM. VIRES, Professeur, prési.
PUECH, Professeur.
AIMES, agrégé.
BAUMEL, agrégé.

{ *assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE MARI-LAVIT

1, Rue de Sauvages, 1

1937

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIREs, ass.
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGARET
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Matière médicale (Ch. de c.)	GABANNES
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE
Anatomie (Ch. de c.)	LAUX
Histologie (Ch. de c.)	GRANEL

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS
FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS et GALAVIELLE

Chargés de Cours Complémentaires

Pathologie expérimentale	MM. PAGES
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. DI
Accouchements	COLL DE CARRIE
Clinique physiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BAUMEL
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLIN
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	P. RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRIE
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie	DEJEAN

Examineurs de la Thèse

MM. VIREs, Prof. président.	MM. AIMES, Agrégé
PUECH, Professeur.	BAUMEL, agrégé

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme pri
à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MEMOIRE DE MON PERE
ET DE MA GRAND'MERE

Leur souvenir est impérissable.

A MA MERE

*La joie de ce jour compensera trop
faiblement les peines et les sacrifices
que son amour maternel inépuisable
s'est imposé pour moi.*

*Hommage de ma profonde affection
filiale.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS :

PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

Professeur de Clinique Médicale

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur de présider cette thèse.

De notre esprit jamais ne s'effaceront les claires leçons de Philosophie médicale montpelliéraine, que notre Maître vénéré nous a si souvent exposées.

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

Officier d'Académie

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et de climatologie

Dont l'enseignement a toujours été pour nous très précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant de faire partie de notre jury.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE AIMES

Officier de l'Instruction publique

*Notre dette de reconnaissance envers
lui est immense, et aujourd'hui, nous
ne pouvons en acquitter qu'une infime
partie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE BAUMEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a suggéré et guidé ce travail.

*Pendant les deux années passées
auprès de ce Maître dans son service
de Gastro-entérologie nous avons mois-
sonné amplement dans le champ de
son expérience clinique.*

*Mais nous lui sommes avant tout
profondément reconnaissant de nous
avoir considéré, plus comme un ami
que comme un élève.*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

Introduction

Le grand nombre de bacillaires pulmonaires présentant des lésions de recto-colites ulcéreuses qui fréquentent la consultation de gastro-entérologie et d'endoscopie digestive du service de mon Maître, Monsieur le Professeur VIREs, a incité Monsieur le Professeur agrégé BAUMEL, qui dirige la consultation, à faire faire un travail sur cette question.

Il a bien voulu me le confier, comme sujet de thèse inaugurale. Je crains fort d'être resté au-dessous de la tâche entreprise et de n'avoir pas traité la question avec la compétence requise.

Je compte sur sa bievillante indulgence, espérant que le Maître pardonnera à l'élève d'avoir si mal profité de leçons et de conseils, pourtant si judicieusement prodigués.

Les malades pulmonaires que nous avons examinés à la consultation, pendant les deux années, où nous avons eu l'honneur d'y être attaché, venaient soit directement du service même de Monsieur le Professeur VIREs, où ils étaient hospitalisés, ou bien nous étaient adressés par les sanatoria de Bon Accueil et de Bellevue, ou encore par la clinique de Laennec que dirige Monsieur le Professeur

PUECH : qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de nos profonds remerciements, ils nous ont ainsi fourni les bases de notre étude.

Avant d'aller plus loin il conviendrait peut-être de définir ce que l'on entend par le terme de Recto-colites :

« Il groupe des lésions siégeant sur la partie terminale du côlon descendant, sur l'S iliaque et sur le rectum ; en un mot toutes les lésions qui sont accessibles à l'exploration rectoscopique ».

Jetons un rapide coup d'œil sur l'étiologie des recto-colites, nous trouvons :

a) Des recto-colites toxiques :

Auto-toxiques (goutte, diabète, urémie)

hétéro-toxiques (mercure, arsenic).

b) Des recto-colites toxi-infectieuses, dûes aux toxines microbiennes qui se voient au cours des maladies infectieuses.

c) Des recto-colites parasitaires :

à protozoaires : amibes, lamblas, balantidium coli, bilharzias.

à vers : Ascaris, trichocéphale, ankylostome, toenia, bothriocéphale.

à Champignons.

d) Des recto-colites infectieuses :

Blennorragie, maladie de Nicolas-Favre, syphilis, tuberculose.

e) Des recto-colites ulcéro-hémorragiques graves, dont l'étiologie n'est pas encore connue.

f) Des recto-colites dûes à des agents physiques :
après application du radium, par exemple.

Pour PAVEL et FLORAIN l'ordre de fréquence de ces diverses recto-colites est le suivant :

Les Recto-colites lymphogranulomateuses.

- » » syphilitiques et tuberculeuses.
- » » hémorragiques graves.
- » » secondaires au radium et à la radiothérapie.
- » » toxiques.
- » » traumatiques (à la suite de lavements trop chauds, par exemple).

Dans notre travail nous allons considérer uniquement les recto-colites ulcéreuses qui se voient chez les tuberculeux, et pour lesquelles on a pu éliminer une origine toxique, parasitaire, ou par agents physiques qui ne sont ni blennoragiques, ni ulcéro-hémorragiques graves, ni syphilitiques, ni dues à la maladie de Nicolas Favre, et où l'on est amené à poser le diagnostic de recto-colites ulcéreuses tuberculeuses.

Pendant la seule année 1936, mon Maître, M. le Professeur BAUMEL, sur 48 bacillaires pulmonaires venus en consultation en a diagnostiqué 10 cas.

Ce chiffre seul suffit à montrer quelle en est l'importance.

N.-B. — Au cours de cette étude nous avons employé indifféremment le terme de recto-colite ou celui de recto-sigmoïdite pour plus de brièveté, le terme exact devant être celui de recto-sigmoïdo-colite.

CHAPITRE I

Historique

L'histoire des recto-colites tuberculeuses se confond, à l'origine, avec celle de la tuberculose intestinale en général.

Or, la localisation tuberculeuse sur l'intestin est connue depuis des siècles. ANDRAL avait grandement raison de dire que « le tube digestif est certainement de tous les organes celui qui, après les poumons, présente chez les phthisiques les lésions les plus communes et les plus importantes ».

L'un des signes dominants de la tuberculose intestinale, la diarrhée, a été noté dès les premiers temps de la médecine.

HIPPOCRATE mentionne le « dévoiement ». ARETÉE signale que « lorsque le ventre se déränge, il n'y a plus d'espoir ».

Plus tard MORGAGNI, MORTON, BAYLE ont décrit les ulcérations intestinales chez les phthisiques.

L'histoire de la tuberculose intestinale a fait un grand pas avec LOUIS (1828) qui donna les premières descrip-

tions, d'une remarquable précision, des ulcérations et des granulations tuberculeuses ; ulcérations qui, disait-il, étaient dûes à la fonte des tubercules ». Pour lui, la diarrhée est un symptôme de la maladie et non une complication.

Après lui, les observations se multiplient avec LAENNEC, LEBLOND, RILLET et BARTHEZ, FONSSAGRIVE, HANOT.

Peu à peu, on individualise les diverses localisations tuberculeuses intestinales : LEBERT, dans son traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses (1829) décrit sous le nom de « Colite diphtéritique » une colite tuberculeuse, dont les lésions ulcéreuses affectaient les dernières parties du gros intestin et qui se manifestait cliniquement par un syndrome dysentérique.

SPILLMAN, dans sa thèse d'agrégation (1878) fait une étude anatomo-clinique de la tuberculose colique ulcéreuse et particulièrement de sa localisation au côlon gauche avec son tableau dysentérique.

GIRODE, dans sa thèse (1887-1888) rapporte un certain nombre d'observations de colites et de recto-colites tuberculeuses ulcéreuses.

A côté de ces études cliniques et anatomo-pathologiques, il convient de citer l'appoint dû à la bactériologie : C'est ainsi que CORNIL et BABES trouvent le B. K. dans les parois de l'intestin ; que LICHTHEIM, MENEKE, GIRODE, STRAUS (1897) mettent en évidence ce même B. K. dans les selles de malades atteints d'entérites tuberculeuses.

Mais c'est surtout la découverte, ou plus exactement la mise en pratique de la recto-sigmoïdoscopie qui a révolutionné l'histoire des recto-colites, en nous permettant d'étudier les ulcérations « vivantes » et non plus comme autrefois au cours d'autopsies ou d'interventions chirurgicales.

C'est à BENSAUDE et à FRIEDEL, en France, que revient l'honneur d'avoir vulgarisé cette méthode, qui rend

d'inappréciables services pour le diagnostic différentiel des syndromes dysentériques.

Le simple praticien, tout comme le spécialiste, ne doit plus, aujourd'hui, ignorer cette méthode d'examen.

Enfin, il ne faudrait pas oublier l'examen radiologique; s'il ne tient pas encore une grande place dans l'histoire des recto-colites c'est qu'il n'en est encore qu'à ses débuts ; mais il faudrait citer ici les noms de STIERLIN, BÉCLÈRE, KIENBOCH, ARCHIBALD.

CHAPITRE II

Observations

Les observations qui vont suivre ont été prises à la consultation de gastro-entérologie sous la direction de notre Maître, M. le Professeur BAUMEL, à qui va toute notre reconnaissance. Toutes ces observations sont d'ailleurs inédites .

Elles ont été recueillies en collaboration avec nos amis, les docteurs BIROT, TATÉOSSIAN et TRAN-VAN-CHI ; qu'ils soient assurés que nous n'oublierons jamais les heures de travail passées ensemble.

Nous tenons également à exprimer à M. le Dr. HARANT et à Melle le Dr. LABARRAQUE-BORDENAVE notre gratitude pour l'accueil que nous avons toujours reçu dans leur laboratoire de parasitologie et de microbiologie.

OBSERVATION I

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur

BAUMEL

Met... 36 ans, industriel. Hospitalisé à la clinique du Professeur E... (Décembre 1936).

Début des troubles il y a cinq ans : Douleurs intestinales.

Le malade à l'impression d'avoir un poids sur tout l'abdomen, ballonnement abdominal « son pantalon lui paraît toujours trop serré. »

Ces douleurs sont sourdes, mais continues, sans paroxysmes.

Quelques vagues douleurs gastriques : brûlures au creux épigastrique pesanteur, ballonnement apparaissant demi-heure après les repas, disparaissant assez rapidement.

Constipation sans alternatives : le malade a une selle par jour grâce à l'absorption d'huile de paraffine. Ni peaux, ni sang, ni glaires, présence d'oxyures.

Le malade outre l'huile de paraffine prend deux lavements par jour.

Céphalée, surtout le soir.

Bon appétit ; pas d'anorexie élective.

En 1932 : asthénie, petite toux sèche, une radio montre des lésions suspectes au sommet gauche ; épanchement pleural de ce même côté.

Pneumothorax.

En Février, il entre au Sanatorium, où on institue un traitement par sels d'or.

A partir de ce moment : une selle quotidienne pâteuse, qui a persisté pendant trois ans. L'évolution pulmonaire continue ; hémoptysies assez abondantes.

Depuis un an le nombre des selles quotidiennes a augmenté progressivement 4, 5, 6, et actuellement jusqu'à treize selles diarrhéiques, très liquides avec parfois sang, peaux, glaires, épreintes, ténésme, pas de faux-besoins.

Les douleurs abdominales ont augmenté d'intensité, elles ont pris le type de coliques, le malade les qualifie « d'intolérables », et sont cause d'insomnie.

Ces douleurs ne sont pas calmées par l'émission d'une selle.

Parallèlement, bien que l'appétit soit conservé, les troubles gastriques sont plus marqués, ballonnements, brûlures, pesanteurs, bouffées de chaleur demi-heure après les repas. Amaigrissement.

Antécédents : Rien dans l'enfance.

A fait son service militaire dans l'auxiliaire, à cause de troubles de la vue.

Constipation habituelle depuis toujours.

Pneumothorax gauche. Alcoolisation du phrénique.

En 1933, abcès périnéal, et fistule anale consécutive.

Femme et deux enfants en bonne santé.

Père mort d'apoplexie à 54 ans. Mère cardiaque, 5 frères bien portants (2 sont sujets aux rhumes des foins).

Un frère mort de croup en bas-âge.

Examen : Laryngite tuberculeuse.

Appareil pulmonaire : Au sommet droit : souffle, râles gargouillants, submatité, vibrations augmentées.

Au sommet gauche : vibrations abolies. Abolition du murmure respiratoire.

Appareil Cardio-Vasculaire : Dyspnée de décubitus.

Appareil Digestif : Langue normale, denture en mauvais état. Légère douleur du plexus solaire.

Sensibilité marquée de tout le cadre colique.

Circulation collatérale.

Rectoscopie : Le tube rectoscopique pénètre assez facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 25 cm de l'anus sans difficulté. La muqueuse est à peu près normale, elle est tapissée d'une portion de selles liquides ; on y voit quelques glaires et lorsqu'on essaie d'enlever ces glaires avec le rectoscope on se rend compte que la muqueuse saigne.

Un cathétérisme rétrograde pratiqué en retirant le tube ne permet pas de faire d'autres constatations. Lorsqu'on est arrivé au niveau de la région sous-sphinctérienne on voit sur la face antérieure du rectum une ulcération assez importante qui a dû saigner assez fortement. On ne voit pas la moindre néoformation.

Diagnostic : Ulcération rectale chez un malade atteint de bacilliose pulmonaire.

Au cours d'une rectoscopie opératoire, on fait de la diathermo-coagulation au niveau de l'ulcération vue précédemment. Cette diathermo-coagulation tombe juste au moment où l'ulcération saignait d'une façon assez nette. Bien entendu dès que la diathermo-coagulation a commencé l'hémorragie s'est arrêtée. Le tout s'effectue sans la moindre douleur.

Le malade est hospitalisé au Sanatorium Bellevue où il mourait 2 semaines plus tard en pleine cachexie causée par ses lésions pulmonaires.

OBSERVATION II

(Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL)

(Service de M. le Professeur VIRES)

P... R., 40 ans, docker à Sète.

Hospitalisé à la clinique Laennec (service de M. le Professeur PUECH), depuis le 5 Décembre 1935.

Le 20-7-36 : vient consulter pour troubles gastro-intestinaux.

Selles diarrhéiques (5 à 6 selles liquides avec sang en assez grande quantité) depuis le 10 juillet, précédées de coliques, non calmées par l'émission de la selle. Ténésme, épreintes, faux-besoins. Douleur au creux épigastrique à type de crampes persistant toute la journée, ni nausées, ni vomissements.

Le début de ces troubles remonte à 19 ans, (à la suite d'une intoxication intestinale dysentérique (?).

Depuis lors, alternatives de diarrhée et de selles normales.

Antécédents : Pleurésie droite en 1935.

Actuellement présente de la pachypleurite droite avec rétraction et infiltration parenchymateuse gauche.

Laryngite.

Marié : Femme et 3 enfants en bonne santé.

Père décédé accidentellement. Mère en bonne santé.

1 frère bien portant ; 1 décédé de bacillose.

Examen : Appareil pulmonaire : Tousse. Crache peu.

Matité. Abolition des vibrations et du murmure vésiculaire à droite.

A gauche : râles sous-crépitaux disséminés.

Appareil cardio-vasculaire : R à S. T.A. = 12,5/8.

Système nerveux : Réflexes tendineux un peu vifs.

Appareil digestif : Langue saburrale.

Denture très défectueuse.

Sensibilité du plexus solaire.

Le 21-7-36 : Examen des selles : Nombreuses cellules d'amidon, ni kystes, ni parasites.

Rectoscopie : Le tube restoscopique pénètre facilement jusqu'à 17 cm. ; muqueuse rouge, presque normale, présence de glaires, hémorroïdes assez importantes.

Traitement : Sous-nitrate de Bismuth.

Pansements rectaux.

Le 2-12-36 : vient consulter parce qu'il a présenté dans la nuit du 1er au 2 une hémorragie intestinale de sang rouge de la valeur d'un verre environ.

Constipation : une selle tous les deux ou trois jours.

Le 4-12-36 : Nouvelle hémorragie intestinale de sang rouge.

Rectoscopie : Muqueuse rouge présentant de nombreuses ulcérations saignant facilement (voir planche fig. 1).

Traitement : Pansements rectaux.

Mucyllium.

OBSERVATION III

(Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL)

(Service de M. le Professeur VIRE)

Mef... Ad., 25 ans. Mécanicien, Berres.

Hospitalisé à Bellevue depuis le 12 Novembre 1935.

Le 22-5-36 : Le 20 Mai 1936 a présenté vers 6 h. du soir, à la suite de coliques, une émission de sang rouge pur (la

valeur d'un verre environ) non mélangé aux matières, émission calmant les coliques.

Dans la journée du 21, 2 selles diarrhéiques foncées, pas de sang rouge, ni constipation, ni diarrhée habituellement.

Bon appétit. Pas d'anorexie élective.

Pas d'amaigrissement.

Antécédents : N'a pas fait de service militaire (ajourné puis réformé). Pas de passé digestif.

Hospitalisé pour bacillose fibro-caséuse, dont le début remonterait à Juin 1934. Phrénicectomie droite.

Marié : Femme et trois enfants en bonne santé.

Parents en bonne santé. 2 frères bien portants.

Examen : Appareil Respiratoire : Tousse et crache peu.

Sommet droit : expiration soufflante, vibrations exagérées.

Sommet gauche : rudesse respiratoire.

Appareil cardio-vasculaire : normal. T. A. = 14-6.

Système nerveux : normal.

Urine : ni sucre, ni albumine.

Appareil digestif : Langue un peu sale.

Denture bonne.

Pas de douleurs réveillées par la palpation. Foie et rate normaux.

Le 28-5-36 : Plus d'hémorragies intestinales.

Selles pâteuses. Bon appétit.

Rectoscopie : Muqueuse pâle, très vascularisée, présentant quelques érosions.

Traitement : Pansements rectaux 2 fois par semaine.

Le 16-6-36 : Plus d'hémorragies. 1 selle par jour bien moulée.

Bon appétit. A grossi de 500 grammes.

Rectoscopie : Amélioration notable.

Traitement : 2 pansements rectaux par semaine pendant un mois.

Le 25-6-36 : 2 émissions sanguines très minimes, le 24 et le 25 Juin. Légers épreintes et ténésme, selles moulées.

Douleur dans la fosse iliaque gauche.

Rectoscopie : Persistance de l'amélioration.

Traitement : Pansements rectaux. Acide chlorhydrique.

Le 20-7-36 : Le 18 Juillet a présenté une très légère émission sanguine en fin de selles. Alternative de selles normales et de selles pâteuses.

Persistance de la douleur dans la fosse iliaque gauche.

Appétit conservé. Poids stationnaire.

Rectoscopie : On pousse le tube jusqu'à 20 cms : amélioration.

Traitement : 1 pansement rectal par semaine.

Le 3-9-36 : Bon appétit. Digestion pénible.

Constipation depuis 3 ou 4 jours, selles noirâtres et quelques filets de sang rouge depuis quelques temps. A maigri de deux kilogs 600 en 2 mois.

Rectoscopie : On voit quelques petites érosions.

Traitement : 3 pansements rectaux par semaine.

OBSERVATION IV

(Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL)

(Service de M. le Professeur VIRE)

Del... A., 33 ans, commis aux hypothèques, Montpellier.
Hospitalisé à Bellevue depuis le 6 mai 1936.

Le 29-6-36 : Vient consulter pour troubles intestinaux.

Vagues douleurs abdominales à type de coliques, selles normales. Le 25 juin a présenté pour la première fois du sang rouge en très minime quantité après la défécation.

Bon appétit. Bon état général. A grossi de 3 kgs en 50 jours.

Antécédents : En 1933, se plaignait de douleurs au creux épigastrique à type de crampes, douleurs persistant pendant 15 jours, à 2 ou 3 reprises.

Tout est rentré dans l'ordre par le régime.

Mastoïdite à 13 ans, à la suite d'une rougeole.

En Mars 1936 grippe (?) à la suite de laquelle l'examen radiologique a montré une zone de caséification.

Pneumothorax droit.

Marié : Femme et 1 enfant en bonne santé.

Parents et deux sœurs en bonne santé.

Examen : Appareil digestif : Pas de signes de lésions organiques.

Urines : Ni sucre, ni albumine.

Rectoscopie : Muqueuse normale. Le cathétérisme rétrograde permet de voir en retirant le tube, à 2 ou 3 cms au-dessus du sphincter anal, sur la paroi antérieure de petites érosions, saignant assez abondamment.

Traitement : Pansements rectaux 2 fois par semaine.

Le 24-7-36 : Amélioration. Mais depuis 3 ou 4 jours, douleurs abdominales continues. Ni diarrhée, ni constipation, ni sang dans les selles.

A grossi de 2 kgs en un mois.

Rectoscopie : Amélioration nette ; par cathétérisme rétrograde on aperçoit une érosion sur la face antérieure du rectum.

Le 3-9-36 : Plus de sang dans les selles. Bon appétit. Parfois quelques douleurs dans la région épigastrique, sans

horaire fixe. Ballonnement après les repas. A grossi de 1 kg.

Traitement : Sous-nitrate de Bismuth.

Le 9-10-36 : Grosse amélioration. Ne saigne plus. Ne souffre plus. A grossi de 1 kg. 300.

L'examen clinique ne permet pas de faire de constatations importantes.

OBSERVATION V

(*Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL*)

(*Service de M. le Professeur VIRES*)

Lop... J... 35 ans. Ouvrier agricole.

Hospitalisé salle Bichat en Mars 1936 pour bacillose pulmonaire.

Vient consulter pour troubles gastro-intestinaux.

Ballonnement, douleur au creux épigastrique avec irradiation à l'épaule gauche survenant toute la journée.

Présente également des douleurs abdominales à type de coliques sourdes tout le temps.

Diarrhée (4 à 6 selles par jour) ni sang, ni peaux, quelques glaires, faux-besoins.

Antécédents : Pleurésie gauche à 18 ans.

Sinusite maxillaire à 22 ans (trépanée à 27 ans).

Service militaire en Algérie.

Examen : *Appareil respiratoire* : en avant : râles secs et frottements au sommet gauche et dans l'aisselle gauche.

En arrière : quelques frottements à gauche, sonorité et vibrations normales.

Appareil cardio-vasculaire : Léger souffle méso-systolique de la base sans propagation.

Appareil uro-génital : normal.

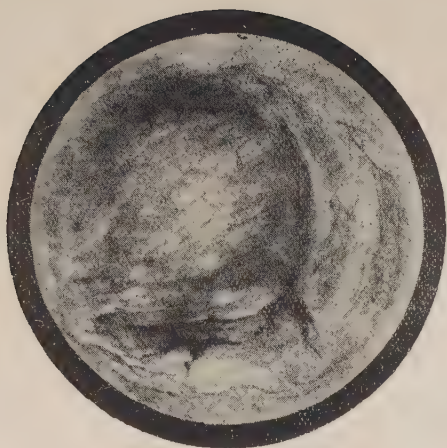


Fig. I

Ulcérations bacillaires
(voir observation II)



Fig. II

Recto-colite ulcéreuse chez un bacillaire
Nombreuses ulcérations de petites dimensions
A droite on aperçoit une fausse membrane
recouvrant des ulcérations
(voir observation V)

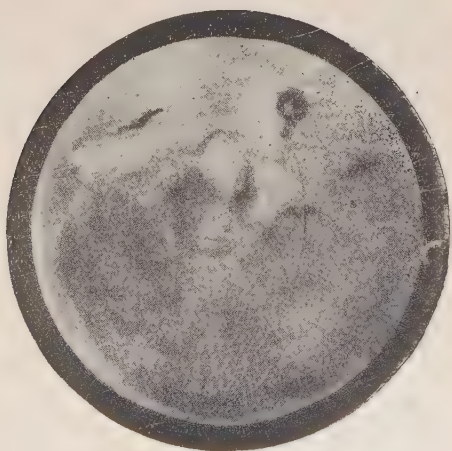


Fig. III

Ulcérations bacillaires en haut et à droite
on aperçoit un point gris jaunâtre très
adhérent qui recouvre une ulcération
(voir observation IX)

Système nerveux : Réflexes tendineux vifs.

Appareil digestif : Langue sale. Denture moyenne.

A la palpation, abdomen douloureux dans sa totalité.
Foie et rate normaux.

Rectoscopie : Le 6-3-36 : Muqueuse d'une coloration normale, mais on note la présence de quelques ulcérations un peu cratériformes qui saignent facilement. La muqueuse à leur voisinage est un peu œdématiée.

Traitement : Pansements rectaux.

Le 16-12-36 : Le malade est à nouveau hospitalisé. Il accuse de la pesanteur, du ballonnement, des nausées avec vomissements immédiatement après le repas. Ces troubles sont calmés par le décubitus dorsal.

Alternative de selles pâteuses et de selles liquides (5 à 6 selles par jour, avec des glaires, pas de sang, ni de peaux, parfois noires, (mélœna ?).

Anorexie à peu près totale.

Amaigrissement de 6 kgs en 2 mois 1/2.

Examen : *Appareil pulmonaire* : Tousse et crache. B. K. dans les crachats.

Appareil cardio-vasculaire : Dyspnée d'effort.

Appareil digestif : Langue saburrale. Denture défectueuse. Sensibilité du plexus solaire et des 2 hypocondres.

Rectoscopie : Muqueuse œdématiée, un peu craquelée, avec des ulcérations en assez grand nombre, mais de petites dimensions, l'une d'elle est recouverte d'une fausse membrane. En essayant de la prélever, on arrive seulement à faire saigner sans réussir à l'enlever. Avec le prélèvement on fait 2 étalements sur lame ; l'examen bactériologique s'est montré négatif. (Se reporter à la planche fig. II).

Traitement : Pansements rectaux (huile goménolée). Huile de paraffine.

Le 2-12-36 : Le malade a fait une poussée de corticopleurite à la base droite. Après examen radiologique des poumons, le radiographe a porté le diagnostic de : Congestion de la base droite chez un malade présentant des lésions de bacillose chronique.

Février 37 : Alternative de diarrhée et de constipation, douleurs généralisées à tout l'abdomen. Etat général déficient (fortes poussées thermiques, amaigrissement).

Rectoscopie : Disparition des ulcérations, mais vascularisation très marquée.

OBSERVATION VI

(Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL)

(Service de M. le Professeur VIRES)

Bro... G., 40 ans, boucher, Montpellier.

Hospitalisé à la Clinique Laënnec (Service de M. le Professeur Puech).

Le 21-7-36 : Troubles gastro-hépatiques et intestinaux.

Douleurs à type de brûlure dans la région épigastrique, sans nausées, ni vomissements, avec irradiation dans l'abdomen sous forme de coliques calmées légèrement par l'émission d'une selle, tantôt pâteuse, tantôt liquide. Ni peaux, ni glaires, quelquefois sang rouge arrosant les selles (hémorroïdes) épreintes, ténésme, faux-besoins.

Ces douleurs sont quotidiennes depuis deux mois environ.

Le malade accuse également des douleurs sourdes dans l'hypocondre droit, surtout après les repas.

Bon appétit, pas d'anorexie élective.

Antécédents. -- A fait la guerre en France.

Congestion pulmonaire (?) en 1935.

Ni coliques hépatiques, ni ictère.

Marié : Femme et 2 enfants en bonne santé.

Père décédé accidentellement.

Mère et 2 frères en bonne santé. 1 frère mort à la guerre.

Examen. — *Appareil digestif.* — Langue saburrale, denture en très mauvais état.

Plexus solaire sensible. Murphy +.

Douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche.

Examen radiologique du 22-6-36.

Syndrome de périviscérité sous-hépatique.

Appareil pulmonaire. — Radios du 25-6-36.

A droite : Opacité complète du sommet avec pommelures confluentes s'étendant à la moitié supérieure du poumon.

A gauche : Lésions plus discrètes, mais cependant déjà avancées ; fines pommelures dans les régions du sommet et sous-claviculaires.

Rectoscopie du 24-7-36. — Jusqu'à 20 cms de l'anús, muqueuse d'une coloration normale, mais par endroits on note la présence d'érosions importantes couvertes d'enduits mucoïdes et saignant facilement.

Analyse des selles (25-7-36). — Pas de parasites. Cellules à amidon non digérées.

Traitement. — Trois pansements rectaux avec huile goménolée par semaine.

OBSERVATION VII

(Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL)

(Service de M. le Professeur VIRES)

Gaud., R..., 23 ans, préparateur en pharmacie, Paris.

Hospitalisé à Bellevue depuis novembre 1933.

Le 23-7-36 : A présenté le 26 février 1936, une hémorragie intestinale abondante (de 2 litres environ) sang rouge au début, ensuite caillots et matières mélangées.

Hémorragie ayant débuté à 5 h. 1/2 du soir et qui a cessé à 6 h. du matin ; pas de coliques ; quelques légers élancements dans la fosse iliaque droite avaient précédé l'émission du sang.

Le malade n'a plus revu de sang dans ses selles depuis. Depuis 1930-31 a remarqué du sang rouge mélangé aux selles en petite quantité de temps à autre.

Depuis 1932, douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, à la suite d'une crise appendiculaire (nausées, sans vomissements, température. Traitement : glace sur le ventre).

Alternative de selles pâteuses et de selles diarrhéiques.

Antécédents. — Diphtérie à l'âge de 14 ans.

Crise d'appendicite en 1932.

Hémoptysies assez fréquentes.

Pneumothorax.

Examen. — *Appareil digestif* : Langue normale, denture bonne.

Mac Burney ++.

Foie et rate normaux.

Rectoscopie. — Muqueuse rouge, congestionnée ; ulcérations saignant au moindre contact. Pas d'hémorroïdes.

Traitement. — Pansements rectaux. Bismuth.

Le 28-4-36 : Bon appétit. A augmenté de 2 kgs.

Etat pulmonaire stationnaire.

Toujours douleurs abdominales sourdes, pas de coliques.

Encore un peu de sang dans les selles, le 2 avril.

Analyse des selles (2-5-36). — Résidus à peu près normaux, rares fibres musculaires non digérées, pas de parasites.

Le 26-5-36 : Pas d'hémorragie. Douleurs continues dans la fosse iliaque droite. A maigri de 700 gr. en un mois

Rectoscopie. — On ne voit plus d'ulcérations.

Le 8-6-36 : Plus d'hémorragie. Douleurs de la fosse iliaque droite diminuées, pas d'amaigrissement. Bon appétit.

Rectoscopie. — Amélioration parfaite.

Même traitement.

Le 29-6-36 : Toujours mêmes symptômes. Une selle par jour moulée. Amaigrissement : 2 kgs en un mois. Bon appétit.

Rectoscopie. — Amélioration.

Le 16-7-36 : Amélioration à tous les points de vue. Mais persistance de la douleur de la fosse iliaque droite.

Traitement. — Vaccin colitique. Bismuth. Pansements rectaux.

Le 3-9-36 : Quelques douleurs encore dans la fosse iliaque droite surtout dans le décubitus dorsal. Bon appétit. Plus de sang dans les selles. Amaigrissement de 1 kg. 600 (a eu une hémoptysie).

Traitement. — Bismuth.

Le 4-10-36 : Mêmes symptômes. Mac Burney ++.

Rectoscopie. — On voit encore quelques petites ulcérations, la muqueuse est rouge, congestionnée, friable.

Traitement. — Bismuth. Pansements rectaux.

Le 29-10-36 : De temps en temps, quelques petites hémorragies intestinales de sang rouge en petite quantité avant les selles. Bon appétit. Douleurs de la fosse iliaque droite.

Rectoscopie. — Muqueuse granitée ; persistance de quelques petites érosions saignant facilement. Hémorroïdes assez importantes dans la région sus-sphinctérienne.

L'examen bactériologique du frottis fait après écouvillonnage au niveau des ulcérations s'est montré négatif.

Le 16-12-36 : Diarrhée (10 à 15 selles non sanglantes). Bon appétit, digestion lente, pénible, avec renvois aigres, sans nausées, ni vomissements. N'a pas maigri. L'examen ne montre rien à la palpation.

Traitement. — Bismuth. Stovarsol. Acide chlorhydrique.

Le 25-2-37 : douleurs dans les deux fosses iliaques, surtout au moment de la défécation, calmées par l'émission de la selle. Selles pâteuses depuis trois ou quatre jours. Ni peaux, ni sang, ni glaires. Appétit conservé, pas de pesanteurs, ni de ballonnement. Hémoptysie en janvier.

Rectoscopie. — Muqueuse un peu congestionnée, un peu œdématisée. Petites ulcérations sur la face antérieure, sans points jaunâtres, mais saignant assez facilement.

Traitement. — Acide chlorhydrique. Pansements rectaux.

OBSERVATION VIII

(Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL)

(Service de M. le Professeur VIRES)

Mu... J., 28 ans. Fonctionnaire (Tarn).

Hospitalisé à Bellevue.

Le 1^{er}-2-35 : Douleurs gastriques caractérisées par : perte de l'appétit, ballonnement, mauvaise digestion.

Douleurs à type de brûlures une heure après les repas.

Vomissements alimentaires le matin, à jeun.

Antécédents. — Célibataire. Parents en bonne santé. Un frère bien portant.

Bacillaire depuis 1932. Pneumothorax droit.

EXAMEN

Appareil pulmonaire : Respiration rude, expiration prolongée, soufflante.

Appareil cardio-vasculaire : Dyspnée d'effort.

T. A. = 13/6.

Appareil digestif : Langue saburrale. Denture en mauvais état. Douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche. Plexus solaire sensible. Foie et rate normaux..

Traitement. — Acide chlorhydrique. Belladone. Mucyl-lum.

Le 26-10-35 : Appétit revenu. Ballonnement. Alternative de constipation et de selles pâteuses.

Dix jours auparavant, a présenté pendant 2 ou 3 jours du sang mélangé aux selles (en petite quantité).

Faux-besoins, pas de glaires, ni de peaux.

Quelques vomissements le matin après le petit déjeuner, plus rares qu'autrefois.

Rectoscopie. -- Muqueuse rouge, congestionnée, quelques petites érosions.

Traitement. -- Acide chlorhydrique. Mucyllium. Pansements rectaux.

Le 14-11-35 : Amélioration. Persistance du ballonnement, de la pesanteur.

Selles plus normales. Pas de sang.

Très rares vomissements. Poids stationnaire.

Traitement. -- Acide chlorhydrique. Mucyllium. Esérine.

Le 14-1-36 : Appétit conservé. Digestion pénible parfois. Légère constipation. Amélioration au point de vue général. N'a pas maigri.

Rectoscopie. -- Muqueuse rouge, congestionnée, très friable ; présentant encore quelques petites ulcérations

Le 17-12-36 : Depuis un mois, diarrhée (7 à 8 selles par jour). Selles très liquides, avec sang, faux-besoins, épreintes, ténésme.

Douleur au creux épigastrique après le repas.

Amaigrissement de 7 à 8 kgs. Laryngite.

Rectoscopie. -- On pousse le tube jusqu'à 30 cm. La muqueuse est normale, vernissée, on ne voit pas d'érosions.

Traitement. -- Acide chlorhydrique. Bismuth.

Le 8-2-37. -- Amélioration par le bismuth. Sans traitement : digestion difficile. Pesanteur gastrique, après les repas. Douleurs vives, quelquefois sourdes, suivant les périodes. Diarrhée par intermittence. Selles liquides, parfois pâteuses, quelquefois glaireuses. Coliques plus ou moins violentes.

Rectoscopie. Nombreux piquetés hémorragiques, pas d'érosions, à proprement parler. Examen bactériologique du frottis, après écouvillonnage de la muqueuse, négatif.

Traitement. Acide chlorhydrique. Esérine. Bismuth.

OBSERVATION IX

(Consultation de gastro-entérologie : M. le Prof. BAUMEL)

(Service de M. le Professeur VIRES)

Val... A., 28 ans, employé de bureau, Sète.

Hospitalisé à Bellevue depuis le 15 juillet 1935.

Le 19-9-35 : Vient consulter pour troubles gastro-intestinaux dont le début remonte à janvier 1935.

Bâillements, renvois, pesanteurs après le repas, disparaissant au bout de 3 ou 4 heures. Parfois crampes d'estomac disparaissant quand cesse la constipation. Alternatives de diarrhée et de constipation.

En période de diarrhée, deux à trois selles par jour. Ni peaux, ni glaires, ni sang. Faux besoins, ténésme, épreintes.

Actuellement, constipation (1 selle tous les deux jours, avec laxatifs).

Antécédents. — Abcès froids en bas âge.

Fistule anale depuis l'âge de 17 ans (deux interventions).

Otite à 18 ans. Pleurite.

Bacillose bilatérale (B. K. dans crachats).

Amaigrissement de 9 kgs en 3 à 4 mois.

Examen. — Langue sale. Denture moyenne.

Sensibilité solaire. Cœcum un peu gros. Corde colique gauche. Foie et rate normaux.

Rectoscopie. — Muqueuse normale, un peu vernissée, quelques glaires.

Traitement. — Esérine. Bismuth. Huile de ricin. Acide chlorhydrique.

Le 22-10-35 : Amélioration au point de vue gastrique. Encore quelques pesanteurs. Bon appétit. Constipation, malgré l'huile de ricin (parfois deux jours sans selles).

Sang, après effort, dans les selles.

Rectoscopie. — Sur les 5 à 6 premiers centimètres, on voit quelques érosions saignant facilement, ayant pu donner naissance aux hémorragies constatées.

Traitement. — Huile de vaseline. Pansements rectaux avec antipyrine.

Le 22-1-36 : Etat général amélioré. A grossi de 5 kgs. Encore parfois diarrhée. Ni glaires, ni peaux, ni sang, épreintes, ténésme.

Douleurs abdominales calmées par l'émission d'une selle. Quelques brûlures gastriques. Pesanteurs, crampes, renvois aigres, nausées, hoquet, 2 à 3 heures après le repas, pendant une heure environ.

Bouche amère le matin au réveil.

Rectoscopie. — Muqueuse succulente, vernissée, tapissée de nombreuses glaires. Pas d'ulcérations.

Traitement. — Trois pansements rectaux par semaine. Solution de Carlsbad.

Le 12-3-36 : Etat général amélioré. A augmenté de 500 gr. Appétit conservé. Persistance des troubles gastriques. Renvois aigres, pesanteurs, ballonnement, nausées. Selles pâteuses, de coloration normale. Disparition des douleurs abdominales.

Examen. — Langue sale. Plexus solaire très sensible. Réaction appendiculaire.

Traitement. — Acide chlorhydrique. Esérine. Bismuth. Solution de Carlsbad.

Le 2-5-36 : Anorexie. Digestion assez pénible avec renvois acides. Aérophagie. Ni nausées, ni vomissements. Pas de coliques, diarrhée, ténésme, peaux, glaires. Souffre continuellement de la région anale.

Amaigrissement de 3 kgs en deux mois.

A subi une intervention pour phimosis.

Examen. — Mac Burney sensible.

Foie et rate normaux.

Rectoscopie. — On pousse jusqu'à 30 cm. Petites érosions à 15 ou 18 cm. de l'anus, saignantes. Muqueuse rouge.

Traitement. — Deux pansements rectaux par semaine.

Le 16-7-36 : Appétit conservé. Digestion toujours pénible, renvois aigres, deux selles par jour, pâteuses, avec épreintes, ténésme, pas de sang. Quelques rares douleurs abdominales à type de coliques.

A grossi de 800 gr.

Rectoscopie. — Amélioration notable, pas d'ulcérations, légers piquetés hémorragiques de la muqueuse.

Traitement. — Pansements rectaux pendant deux mois. Acide chlorhydrique.

Le 7-10-36 : Hospitalisé dans le service de M. le Professeur VIRES.

Persistance des crampes d'estomac. Bouche amère. Inappétence. Renvois aigres. Nausées après les repas. Bâillements. Pesanteurs gastriques 3 à 4 heures après les repas. Douleurs à l'hypogastre. Alternatives de diarrhée et de constipation. Epreintes, ténésme, peaux, glaires.

Examen. — Mac Burney ++.

Plexus solaire sensible.

Traitement. — Lavages d'estomac (ne sont pas supportés par le malade). Esérine.

Le 10-11-36 : Inappétence. Pesanteurs gastriques. Douleurs avant et après le repas. Nausées fréquentes. Renvois aigres. Bouche amère.

La malade se plaint de diarrhée tenace (4 à 5 selles par jour).

Rectoscopie. — Par endroits, la muqueuse présente de petites ulcérations qui saignent facilement. On en aper-

çoit une, très volumineuse, qui présente en son centre un point d'un gris jaunâtre que le frottement du rectoscope n'arrive pas à faire disparaître (voir planche, fig. III).

Le 18-1-37 : Cessation des troubles diarrhéiques. Légère constipation. Grande amélioration des troubles gastriques. Bouche amère.

Rectoscopie. — Muqueuse pâle, ne présentant plus d'ulcérations.

CHAPITRE III

Étiopathogénie

La recto-colite ulcéreuse survient presque toujours au cours d'une tuberculose pulmonaire manifeste, parfois elle est cliniquement primitive, mais ces formes primitives sont bien moins fréquentes que les formes secondaires.

Selon Engelmann, la proportion est de 3,5 secondaires pour 1 primitive.

Elle n'est pas l'apanage exclusif des tuberculoses évolutives et cachectisantes, quelquefois même il y a alternance entre les manifestations pulmonaires et intestinales, l'aggravation de l'un des foyers entraînant l'amélioration de l'autre, « suivant la curieuse loi des métastases » (Burnand).

Il est vraisemblable d'admettre que la recto-sigmoïdite bacillaire a évolué pendant une longue période sous la forme scléro-infiltrante, jusqu'au moment où le processus caséux aboutit à la formation d'ulcérations.

La fréquence et la date d'apparition de cette recto-sigmoïdite varient essentiellement avec l'importance et l'an-

cienneté des lésions pulmonaires ; mais il faut retenir qu'elle constitue une complication fréquente de la tuberculose pulmonaire avancée, surtout terminale. Nous savons que les tuberculeux morts de lésions pulmonaires sont trouvés porteurs dans 60 à 80 % des cas, d'ulcérations intestinales, très fréquemment recto-sigmoïdiennes.

Clément Martin, en 1931, examinant 150 malades du sanatorium municipal de Chicago, les classe de la façon suivante :

Groupe 1 : 65 malades sans symptômes abdominaux.

Groupe 2 : 65 malades avec symptômes abdominaux, assez modérés.

Groupe 3 : 20 malades avec symptômes abdominaux marqués et avec lésions pulmonaires avancées.

Dans le groupe 1, pas d'ulcérations visibles au rectoscope.

Dans le groupe 2, deux malades (1,3 %) ont montré des ulcérations du côlon terminal.

Dans le groupe 3, cinq malades (25 %) présentaient des ulcérations marquées du rectum.

Une série de malades du même sanatorium ont présenté, à l'autopsie, des ulcérations recto-sigmoïdiennes dans 16,3 % des cas.

D'après les auteurs, les deux sexes semblent être atteints dans des proportions à peu près égales : 57 % d'hommes pour 43 % de femmes (Brown et Sampson).

Toutes nos observations ne se rapportent qu'à des hommes, nous n'avons jamais eu l'occasion de voir à la consultation des femmes atteintes de recto-colites ulcéreuses tuberculeuses.

D'après Caïn et Monnerot-Dumaine, dans 72 % des cas, on se trouve en présence d'adultes entre 19 et 35 ans. En

effet, sur les neuf cas que nous rapportons, trois seulement ont dépassé 35 ans.

Comme dans toute affection, nous pouvons reconnaître des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

I. — *Causes prédisposantes :*

Il faut considérer en première ligne, avec Chiray, la viciation du contenu intestinal qui relève d'une insuffisance des fonctions de digestion ou d'épuration (alimentation trop copieuse, trop riche en certains aliments, mastication défectueuse, ingesta mal attaqués s'il y a insuffisances sécrétoires diverses).

Très souvent, en effet, nous voyons des tuberculeux avec des dentures lamentables et présentant aussi une hypochlorhydrie très marquée ; enfin, nous savons tous qu'on abuse souvent chez ces malades de la suralimentation, ou plus exactement qu'ils sont souvent soumis à une suralimentation mal dirigée.

Cette viciation fait varier la flore intestinale, favorise la prolifération de certains éléments au détriment d'autres, et donne au contenu une toxicité anormale.

En outre, elle provoque, du côté de la muqueuse, des réactions de défense, de la mucorrhée, un péristaltisme exagéré qui devient bientôt du spasme, une tendance à la diarrhée. Ces diarrhées irritent à leur tour la muqueuse du côlon terminal et finissent par créer des lésions glandulaires, lymphatiques ou nerveuses, qui aboutissent à des troubles trophiques et à des pertes de substance.

Il ne faut pas oublier également le rôle de la stase stercorale : c'est par cette stase, qu'ils entraînent, que les hémorroïdes, les rétrécissements, les prolapsus favorisent les recto-colites.

Les traumatismes : diarrhée et constipation, sont des facteurs irritants de la muqueuse ; et dans le même ordre

d'idée, il faut souligner le rôle néfaste joué par les lavements et les purgatifs drastiques.

Les infections antérieures du tube digestif jouent vraisemblablement un rôle prédisposant ; fréquemment, on retrouve chez ces malades un passé digestif ancien, banal (diarrhée, appendicite, amibiase, troubles dyspeptiques, etc...)

L'importante question du terrain doit être également envisagée : il est certain qu'un terrain prédisposé est indispensable à l'évolution d'une recto-colite.

II. — *Causes déterminantes :*

Celles-ci se résument en l'apport des germes virulents : le B. K. en l'espèce.

Ces agents microbiens, pour réaliser l'infection, peuvent emprunter trois voies :

a) La voie directe : par déglutition des B. K. C'est la plus fréquente ;

b) Par extension lymphatique rétrograde : peu fréquente ;

c) Par voie hématogène : qui explique le mécanisme des lésions de la sous-muqueuse, des vaisseaux et des nerfs.

Les ulcérations multiples seraient le fait d'inoculations secondaires par voie lymphatique et peut-être aussi par voie artérielle.

Les diverses expériences faites par Sanarelli, Triboulet, Ribadeau-Dumas, Ch. Richet fils, ont amené ces auteurs à conclure que l'intestin doit être regardé « comme l'émonctoire principal à travers lequel s'éliminent peut-être tous les microbes, quel qu'ait été leur lieu de pénétration, l'organe ou le tissu dans lequel s'est primitivement manifesté leur action pathogène » (Sanarelli).

La localisation intestinale, nous l'avons déjà signalé, peut-être primitive, mais en général elle est secondaire.

A) PRIMITIVE. — On est alors en présence du chancre d'inoculation intestinal, si l'infection est massive, par exemple, par ingestion de lait bacillifère (chez les enfants il en est ainsi dans 15 à 20 % des cas), de viande d'animaux tuberculeux, de poussières bacillifères ;

B. — SECONDAIRE. — C'est ce qui se passe chez l'adulte, où la tuberculose pulmonaire est toujours, en pratique, secondaire à une tuberculose pulmonaire avérée ou méconnue.

Elle est alors due :

1. Soit à l'infection par propagation de voisinage (voies génitales, péritoine) ce qui est très rare ;

2. Soit surtout par : a) voie directe ; b) voie sanguine.

a) *L'ensemencement par voie directe* est surtout provoqué par la déglutition de crachats bacillifères, la lésion va se constituer là où les lymphatiques sont particulièrement nombreux, mais la barrière épithéliale de l'intestin sain étant un puissant obstacle à la pénétration des germes, il est vraisemblable que les altérations intestinales préalables jouent un rôle prédisposant. C'est ce qu'ont bien montré les expériences de Baumgarten qui a réalisé chez le chien une tuberculose intestinale par ingestion simultanée de B. K. et de corps traumatisants.

Cet ensemencement par apport endogène nous explique l'augmentation de la fréquence intestinale, au fur et à mesure que les lésions pulmonaires progressent. C'est que le nombre de B. K. en contact avec les voies intestinales augmente de plus en plus.

b) *L'ensemencement par voie sanguine* : le point de départ est l'embolie microbienne. Lorsque le lymphocyte

véhiculant le B. K. est frappé de mort par celui-ci, il perd ses mouvements amiboïdes, ne peut plus passer par diapédèse à travers les capillaires ; il crée ainsi à son point d'arrêt une embolie microscopique ; et les B. K. qu'il contient sont le point de départ d'une granulation.

Le follicule tuberculeux ainsi constitué évolue suivant les lois habituelles, soit vers la caséification, soit vers la sclérose.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique

Les auteurs s'accordent, en général, pour distinguer quatre formes anatomiques de recto-colites tuberculeuses.

Mais, précédant ces différentes formes, il convient de signaler l'existence de la forme catarrhale, caractérisée par l'hypérémie des tuniques intestinales avec dilatation des capillaires.

On peut donc rencontrer :

2° Des ulcérations étendues et serpigneuses qui sont les tées à un follicule clos qui s'est caséifié ;

2° Des ulcérations étendues et serpigneuses qui sont les plus caractéristiques, à bords durs, infiltrés, irréguliers, tombant à pic sur l'ulcération dont le fond est plat, recouvert d'un enduit gris-jaunâtre, adhérent ; entre les ulcérations persistent des bandes de muqueuse saine.

Ces ulcérations sont distribuées irrégulièrement et, en général, orientées transversalement ;

3° Des ulcérations avec scléro-lipomatose de la paroi ; l'aspect de la muqueuse est identique au précédent, mais

on note une hypertrophie de la paroi due à la scléro-lipomatose sous-péritonéale, qui est en général modérée et a précédé le stade ulcératif ;

4° Des tuberculomes ulcérés : les lésions sont avant tout hypertrophiques (Bezançon et Lapointe), l'épaisseur de la paroi atteint parfois 1.5 cm. à 2 cm. ; cette hypertrophie aboutit souvent à la sténose.

Ce sont là des formes de résistance. D'ailleurs, on peut voir tous les intermédiaires entre les formes proprement ulcéreuses et les formes hypertrophiques.

Certains auteurs ont classé les ulcères intestinaux tuberculeux d'après leur morphologie. Bluman (in-thèse 1925) reconnaît :

1° Une forme ovulaire, très rare ;

2° Une forme circulaire : c'est un anneau situé dans le sens transversal de l'intestin. C'est la forme la plus fréquente ;

3° Une forme allongée, que l'on rencontre surtout au niveau des plaques de Peyer ;

4° Une forme irrégulière.

Toutes ces ulcérations sont plus ou moins profondes et caractérisées par une région inflammatoire périphérique avec un bord net et saillant qui les surplombe.

A côté de ces différentes formes d'ulcérations, on peut signaler avec Bonorino Udaondo ^{*} une variété rare connue sous le nom d' « ulcère du rectum » et qui a été bien étudiée par Ponfick. Celui-ci débute dans le voisinage de l'anus, a une tendance à se propager en remontant et peut envahir une grande partie du colon. C'est un ulcère profond, circulaire, qui laisse au passage des cicatrices rétractiles avec sténoses marquées. De pronostic très grave, il amène habituellement la mort.

Son étiopathogénie est discutée ; on croit aujourd'hui, qu'il s'implante dans des muqueuses antérieurement affectées par d'autres infections (syphilis, dysenterie, tuberculose).

HISTOLOGIE

1° Les altérations chroniques ou subaiguës se traduisent par une infiltration lymphoïde ou lympho-plasmatique, diffuse et en nappe ou constituée en nodules, au voisinage des vaisseaux.

Cette infiltration, en général limitée à la sous-muqueuse et à la sous-séreuse, peut envahir la musculuse et la dissocier.

On peut constater dans le tissu adipeux sous-péritonéal de la sclérose fibroblastique, qui dessine des bandelettes fibreuses plus ou moins infiltrées.

2° A ce processus lent et progressif, témoin d'une infection tuberculeuse atténuée, se surajoutent des réactions plus caractéristiques qui aboutissent aux ulcérations.

On retrouve l'aspect habituel du follicule tuberculeux avec sa double tendance à la caséification et à la sclérose.

Les cellules géantes et épithélioïdes ne font pas défaut, le tissu caséeux centre les tubercules ou forme des amas irréguliers au milieu de la sclérose, la muqueuse finit par être envahie et s'ulcère.

Les B K ne se rencontrent en abondance qu'à la périphérie des tubercules ; on les trouve très rarement au niveau de l'ulcération.

Dans tous les examens de frottis que nous avons faits, à partir d'une ulcération, jamais nous n'avons pu mettre en évidence de B K (par la méthode de ZIEHL).

On explique différemment la formation des vastes ulcérations ; ici, les lésions folliculaires et la dégénérescence épithélioïde font défaut.

Au milieu de la sclérose, une caséification massive et brutale se développe et crève, en quelque sorte, la muqueuse ; l'ulcération est ainsi constituée par l'élimination globale des produits caséeux.

Ici, les bacilles sont en très grande abondance et tapissent le fond de l'ulcération.

3° On constate très rarement des altérations des artères et des veines. Par contre, la participation du système lymphatique est prouvée par des lymphangites sous-péritonéales et par l'hyperplasie et la transformation caséuse des ganglions juxta-coliques.

D'ailleurs, comme dans tous les autres points de l'organisme, la tuberculose est, primitivement, une maladie lymphatique. Les follicules clos s'hyperplasient, s'élargissent, se surélèvent et forment de larges plaques, de coloration grise ou translucides, à contours elliptiques ou circulaires. Ce sont des surélévations de 1 mm. au-dessus de la muqueuse environnante ; le follicule devient donc toujours visible et on l'identifie facilement. Le nombre des follicules hyperplasiés dépend de l'activité et de la durée de l'affection locale.

L'ulcération se produit alors que le follicule n'a pas plus de 2 à 3 millimètres de diamètre ; elle débute toujours par le centre.

Enfin, dans certains cas, avant de se sphacéler, les follicules lymphatiques subissent un plus grand degré d'hyperplasie, parfois le processus hyperplasique continue, alors même que le sommet de la plaque est ulcéré.

Ainsi donc, ces ulcérations ont comme caractères d'être peu profondes, plutôt étendues, et de présenter le plus

souvent un fond anfractueux raviné, nettement nécrotique, parfois, malgré tout, il est presque plat.

Les bords sont irréguliers et festonnés, s'élevant progressivement sur le versant sain et se terminant à pic du côté de l'ulcération suivant un contour déchiqueté et décollé.

Ces bords durs et infiltrés sont souvent congestionnés, bordés parfois d'un liseré hémorragique.

Parfois ces ulcérations sont recouvertes de fausses membranes.

Il faut noter qu'en général, les ulcérations rectales se localisent au voisinage du sphincter anal et sur la face antérieure du rectum (J. BAUMEL).

Evolution des lésions. — Cette évolution varie suivant le type.

Dans les formes avec scléro-lipomatose marquée, l'ulcération est peu extensive, reste limitée ; il n'y a pas de réaction de voisinage, le conduit intestinal garde longtemps sa mobilité.

Au contraire, dans les formes purement ulcéreuses, l'inflammation se propage au tissu cellulaire sous-péritonéal. Les ulcérations s'ouvrent alors dans des poches cloisonnées par des adhérences ; le abcès fuser dans la région périviscérale, vers une autre viscère, ou vers la peau.

CHAPITRE V

Etude Clinique

I. — *Fréquence.*

La fréquence des recto-sigmoïdites chez les tuberculeux est grande, puisque dans la seule année 1936, à la consultation de gastro-entérologie, nous avons pu en voir 10, comme nous l'avons précédemment indiqué.

Un coup d'œil jeté sur les diverses statistiques concernant les ulcérations tuberculeuses intestinales nous montrera quelle est la fréquence des recto-colites ulcéreuses tuberculeuses.

Les deux tableaux suivants, dressés à 36 ans d'intervalle donnent à peu de chose près les mêmes résultats :

FENWICK et DODWELL (1892)	GOLDBERG, SWEANY, BROWN (1928)
Duodénum	3,8 %
Jéjunum	28 %
Ileon	60 %
	3,8 %
	21,2 %
	83,2 %

Cœcum		87 %
Côlon ascendant	51,4 %	
Côlon transverse	36 %	
Côlon descendant	21 %	
Côlon		71 %
Sigmoïde	13,5 %	16,3 %
Rectum	14,1 %	16,3 %

BLUMAN, dans sa thèse (Genève 1925), où il rapporte 307 cas de tuberculose intestinale dont 80 % étaient porteurs d'ulcérations, indique l'ordre de fréquence suivant :

Intestin grêle, cœcum, gros intestin, côlon ascendant, iléon, rectum, côlon transverse, descendant, jéjunum, appendice, sigmoïde.

Pour conclure, disons que la tuberculose intestinale siège le plus fréquemment dans la région iléo-cœcale et décroît ensuite de fréquence vers l'estomac et vers le rectum.

II. — *Symptomatologie.*

Il faut, avant de commencer, poser comme axiome que la symptomatologie de la recto-sigmoïdite est caractérisée par le syndrome dysentérique.

I. *Début.* — Peut être aigu, subaigu ou fébrile.

A cette période, le diagnostic ne se fait généralement pas. Il est rare d'ailleurs de voir les malades, car les troubles accusés sont minimes et les malades ne consultent pas si leur diarrhée n'est pas trop abondante, si leur faux besoins ne sont pas trop fréquents et s'ils n'ont pas vu de sang dans leurs selles ; d'ailleurs, même à cette période, il peut se produire des hémorragies qui sont dues, non à des ulcérations, mais à une rectite hémorragique importante, avec muqueuse très congestionnée.

II. *Période d'état.* - Une fois la recto-sigmoïdite ulcéreuse installée, on peut se trouver en présence de trois formes :

- 1° Une forme hémorragico-purulente.
- 2° Une forme hémorragique.
- 3° Une forme purulente.

1° Dans la forme hémorragico-purulente, hémorragies et suppurations tantôt alternent, tantôt coexistent. Dans cette éventualité, on a un pus rosé.

2° *La forme hémorragique.* Les hémorragies intestinales microscopiques seraient assez fréquentes pour certains auteurs. La plupart les considèrent comme exceptionnelles. Les hémorragies macroscopiques sont un symptôme rare, mais lorsqu'elles surviennent chez un tuberculeux indemne de toute lésion digestive, elles constituent un symptôme d'alarme de valeur. Ce sont des hémorragies de sang rouge, parfois très abondantes, en général un quart à un demi-litre et plus, mais sans gravité spéciale.

L'importance de l'hémorragie, pas plus que celle d'une hémoptysie ne doit faire redouter l'apparition de lésions ulcéreuses étendues.

Cette hémorragie peut rester en effet, un symptôme sans lendemain, dont on ne pourra que soupçonner la nature. Mais elle peut être aussi le prélude des lésions ulcéreuses intestinales.

BONAFÉ et ROUGY ont apporté, en 1927, quinze observations de tuberculeux pulmonaires, chez lesquels l'apparition d'une hémorragie intestinale a été la première manifestation d'une localisation intestinale de leur maladie. Ils ont essayé, à ce propos, de montrer la valeur sémiologique et pronostique d'un tel symptôme. « Nous n'hésitons plus, écrivent-ils, à considérer l'hémorragie intestinale comme un événement révélateur, dont l'importance sé-

méiologique peut être comparée à celle de l'hémoptysie dans la tuberculose pulmonaire ».

Dans les observations que nous rapportons, cinq de nos malades sur les neuf ont présenté des hémorragies intestinales. Chez deux d'entre eux, l'hémorragie abondante a ouvert la scène.

Ces hémorragies peuvent être plus ou moins fréquentes, plus ou moins abondantes et constituées de sang rouge vif ou foncé, pur ou dilué.

3° *La forme purulente.* — Il se produit une émission de pus, d'odeur fétide, jaune crémeux, bien lié, ou bien, c'est un pus grisâtre, ou encore du pus avec des grumeaux, des fausses membranes. Cette émission de pus se fait en dehors des selles.

Lors de la période d'état, d'autres symptômes peuvent s'ajouter à l'une ou l'autre de ces formes. Ce sont, en particulier :

- a) Les troubles gastriques.
- b) Les phénomènes douloureux.
- c) La diarrhée et la constipation.

Enfin, il faut y joindre :

- 1° Les signes généraux.
- 2° Les signes physiques.

A. — *Les troubles gastriques.*

Très fréquents, ils sont caractérisés tantôt par une anorexie sans raison, chez un tuberculeux jusque là bon mangeur, tantôt par des nausées qui surviennent après les repas, s'accompagnant assez souvent de vomissements ; tantôt par des troubles dyspeptiques du type hyposthénique, le plus souvent, avec sensation de tension gastrique des pesanteurs post-prandiales. Le type hypersthénique

s'exacerbant jusqu'à de véritables crises solaires, semble moins fréquent.

Ces troubles gastriques, banaux chez le tuberculeux évolutif, doivent au contraire, retenir l'attention quand ils surviennent inopinément chez un malade en bonne voie de guérison, quand ils sont tenaces, persistants, rebelles aux différents essais thérapeutiques.

Leur origine est vraisemblablement due à un réflexe cologastrique, ils disparaissent, en effet, assez souvent, après l'intervention chirurgicale.

On admet que la dyspepsie agit sur le développement des colites parce qu'elle modifie la flore intestinale, peut-être par un trouble dans la sécrétion chlorhydrique et une digestion gastrique moins bonne.

B. — Les phénomènes douloureux.

Ils sont caractérisés par : des épreintes, du ténésme, des coliques ou des gargouillements intestinaux précédant l'émission de sang, de pus ou de gaz. Ce sont des douleurs sourdes, persistantes, localisées autour de l'ombilic ou en barre le long du cadre colique, avec sensation de pesanteur périnéale et parfois même dysurie.

Le syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche, est caractérisé par de la douleur spontanée ou provoquée à la palpation.

Enfin, il se produit toujours des spasmes intestinaux qui s'associent aux phénomènes douloureux, et qui traduisent la réaction de la muqueuse plus ou moins enflammée.

C. — La diarrhée et la constipation.

Se voient dans 80 % des cas.

La diarrhée est un signe très important de recto-sigmoïdite tuberculeuse, mais parfois aussi, on se trouve en pré-

sence de constipation. Généralement, le tableau présenté est celui d'alternatives de diarrhée et de constipation.

(Il en fut ainsi pour quatre de nos malades sur neuf).

a) *La diarrhée.* — En général, elle s'installe insidieusement, les selles sont d'abord pâteuses, puis franchement liquides.

Cette diarrhée est-elle due : à l'hyperkinésie intestinale conséquence elle-même des ulcérations ou à l'élimination des toxines du B K à ce niveau ?

Suivant les cas, l'un ou l'autre ou plusieurs de ces facteurs peuvent être en cause.

On est alors en présence de ce que depuis longtemps, on a décrit sous le nom de « type dysentérique ».

Faux besoins, avec élimination d'un simple crachat rectal, accompagnés d'épreintes, de ténésme, de glaires, d'écoulements muco-purulents, ou muco-sanglants, d'un nombre élevée de selles.

L'évolution est alors aiguë ou subaiguë avec des poussées, plus rarement la marche est traînante.

L'état général s'altère rapidement.

En présence d'un tel tableau, on songe à une localisation recto-sigmoïdienne. Mais il faut savoir tout de même, qu'il est des cas où, malgré cette localisation, ces manifestations dysentériques font défaut : c'est alors que la rectoscopie permet de faire le diagnostic.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que les troubles diarrhéiques sont fréquents chez les tuberculeux, en dehors de toute lésion intestinale par simple déficience des sécrétions digestives. Aussi, ne peut-on leur accorder d'importance que s'ils surviennent en dehors de toute modification du régime, s'ils persistent et s'aggravent malgré les différents essais thérapeutiques.

b) *La constipation.*

Passé souvent inaperçue, d'autant plus que la constipation gauche ne présente jamais de phénomènes infectieux. Pourtant, elle peut être l'amorce de phénomènes douloureux, le bol fécal irritant ou même créant les ulcérations.

I. — *Les signes généraux.*

Ils sont très discrets et se traduisent seulement par une légère élévation de la température et un fléchissement de l'état général.

a) *La fièvre.* — Toujours modérée, 37° 5, 37° 8, irrégulière d'un jour à l'autre, ne présente pas le caractère cyclique ou stable de la température qui a pour origine une poussée pulmonaire.

b) *Le fléchissement de l'état général.* — Se traduit par un amaigrissement progressif qui, s'il survient sans raison apparente chez un malade au repos, dont les lésions pulmonaires sont parfaitement stabilisées est un excellent symptôme d'alarme, qui doit toujours faire soupçonner une localisation intestinale. C'est ce qui a fait dire à Bénédict que « la bascule est le thermomètre de la tuberculose intestinale ».

La reprise de poids est, en effet, chez ces malades, le critérium de tout traitement, si l'on est assuré que, par ailleurs, l'état pulmonaire est satisfaisant.

II. — *Signes physiques.*

Le malade se présente avec un abdomen ballonné, douloureux, parfois plat et deprime, le côlon en état de spasme est perceptible (corde colique).

On rencontre aussi souvent du gargouillement des fosses iliaques, de la sensibilité du plexus solaire, une langue saburrale, une haleine fétide. Le toucher rectal n'est, en général, pas douloureux, pas plus que la rectoscopie.

permet de constater l'infiltration de la sous-muqueuse, quand elle existe et le granité de la muqueuse, ou même mais pas toujours, des ulcérations.

En résumé : la recto-sigmoïdite ulcéreuse tuberculeuse, au point de vue clinique réalise la forme dysentérique de la tuberculose intestinale caractérisée par des épreintes, du ténesme, des faux besoins, avec crachats rectaux, évacuations hémorragiques ou purulentes, et très souvent alternatives de constipation et de diarrhée, s'accompagnant de troubles dyspeptiques, de douleurs abdominales plus ou moins localisées, d'amaigrissement marqué, d'oscillations de la température, et tout cela chez un bacillaire pulmonaire avancé.

III. *Evolution et complications.*

Il est rare que, par elles-mêmes, les recto-sigmoïdites ulcéreuses entraînent la mort. Elles nous paraissent cependant, comme nous le verrons, entraîner un pronostic réservé.

Elles peuvent s'accompagner de complications d'ordre infectieux, ou d'ordre mécanique.

1° Dans le premier cas, c'est l'abcès péri-colique qui évolue, soit vers la péri-colite purulente enkystée, soit même vers la péritonité généralisée, avec ou sans perforation intestinale.

2° Dans le deuxième cas, tout à fait exceptionnel, il se fait un rétrécissement progressif de la lumière recto-sigmoïdienne. La tuberculose recto-sigmoïdienne à forme sténosante, est parfois la conséquence d'une lésion ulcéreuse. Elle peut cependant être sténosante d'emblée.

L'évolution de cette affection, si on néglige évidemment l'évolution commandée par l'état pulmonaire, est dominée par deux faits : la perforation et l'hémorragie dite terminale.

a) *La perforation intestinale* est une chose rare, l'épaisseur des parois et la gangue scléro-lipomateuse péri-ulcéreuse expliquent cette rareté. L'efficacité du traitement est fonction de l'état général et local du sujet plus ou moins apte à faire une cicatrisation avec ou sans intervention chirurgicale.

b) *L'hémorragie intestinale*, dite terminale, est due à la perforation d'un vaisseau plus ou moins important ; on comprend alors que la signification de cette complication puisse être fâcheuse.

Enfin, il faut savoir que la guérison peut survenir, bien qu'il ne faille pas oublier que c'est une maladie qui évolue par poussées. Aussi, faut-il se garder d'appeler guérison ce qui est une simple amélioration passagère.

BONAFÉ a expliqué le processus de cette guérison : « La guérison des formes destructives ulcéreuses nécessite un processus de régénération histologique. Les ulcérations intestinales tuberculeuses ne guérissent pas par cicatrisation fibreuse, au moins dans la majorité des cas, elles guérissent par reconstitution, presque parfaite de la muqueuse intestinale ».

Et il ajoute avec juste raison :

« L'état général du malade joue un rôle primordial dans ces processus de guérison, les ulcérations intestinales ne pouvant guérir quand l'organisme est trop affaibli ».

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic se fait en deux temps :

- 1° Les signes physiques font soupçonner la lésion intestinale.
- 2° Les signes rectoscopiques infirment ou confirment cette hypothèse.

En présence d'un syndrome dysentérique chez un tuberculeux, il faut recourir à trois sortes d'examen :

- 1° La rectoscopie.
- 2° L'examen radiographique.
- 3° L'examen parasitologique et bactériologique des selles.

1° *L'examen rectoscopique.* — « Il n'y a pas de diagnostic de recto-sigmoïdite en dehors de la rectoscopie », a dit BENSAUDE.

L'importance de l'endoscopie recto-colique s'explique par le fait qu'elle permet, non seulement d'examiner le

rectum, mais encore d'explorer la partie du gros intestin plus profondément, située dans le bassin et par cela même inaccessible à la palpation abdominale, au doigt et au spéculum.

Le premier rectoscope fut utilisé en 1853 par un Français, DESORMEAUX. Mais ce n'est qu'en 1895 que la rectoscopie entra dans la pratique avec KELLY.

En France, c'est à BENSAUDE que revient l'honneur d'avoir vulgarisé cette méthode.

Ce moyen d'investigation nous montre les lésions en pleine vie, non modifiées par les altérations cadavériques. Dans l'examen rectoscopique, il faut considérer la couleur, l'éclat, le relief, l'existence ou non, de l'infiltration de la muqueuse, et la présence d'ulcérations.

Les recto-sigmoïdites, qui sont à l'origine, de nature spécifique, perdent souvent leur physionomie initiale pour prendre l'aspect d'inflammations banales. On peut, grâce à l'endoscopie, prélever à l'endroit même de la lésion, une sécrétion ou un fragment de la muqueuse que l'on examinera au point de vue histologique ou bactériologique.

Les symptômes prédominants tels que le ténesme et les selles sanguinolentes font affirmer l'existence d'une recto-sigmoïdite. L'étude endoscopique, histologique, bactériologique des ulcérations permet seule d'affirmer sa nature. Cependant, chez de tels malades, le diagnostic n'est pas impossible, même si les ulcérations ne sont pas endoscopiquement caractéristiques, à condition que l'examen thoracique et celui des crachats soient positifs. On peut généralement déduire en présence de ces recto-sigmoïdites ulcéreuses, que l'état pulmonaire est avancé.

De même, un examen pulmonaire radiographique et physique négatifs, peut souvent faire exclure pratiquement la tuberculose comme facteur étiologique d'ulcérations réperées rectoscopiquement.

FRIEDEL signale, en pareil cas, un signe qu'il a observé souvent, mais qui n'a pas toujours été vérifié par nous : c'est l'atonie du sphincter anal ; le toucher rectal est très facile, l'introduction du rectoscope se fait aisément, et l'anus reste parfois béant quelques minutes après l'opération.

L'ulcération est d'étendue variable, de forme ovalaire, allongée dans le sens vertical ; les dimensions varient de quelques millimètres à plusieurs centimètres, le contour est irrégulier et les bords en sont nets, épaissis, surélevés, de coloration rouge vif, qui tranche sur le fond pâle de la muqueuse environnante.

Le fond est recouvert d'un enduit gris jaunâtre qui lui adhère intimement et qui présente un tissu de granulation tuberculeuse lorsqu'on le déterge par grattage, ces granulations saignent alors facilement.

Autour de l'ulcération, on note la présence de points jaunes qui sont, soit des abcès folliculaires, soit de simples nodules inflammatoires.

On peut voir des ulcérations guéries, dont la base est recouverte d'une membrane grise, au milieu de lésions actives à tous les degrés de leur évolution ; la muqueuse entre les ulcérations peut être œdématiée, épaissie, ou au contraire sèche et atrophiée.

Par endroits, on aperçoit des surfaces de muqueuse plus pâles que normalement, alternant avec d'autres plus rouges, donnant à la muqueuse un aspect bariolé.

Celle-ci est rarement le siège d'une vascularisation sanguine exagérée, pourtant, on peut y voir de fines veinules figurant des arborisations ou des figures géométriques.

Mais toujours, la sous-muqueuse conserve sa souplesse, les parois rectales ne sont pas infiltrées.

Très souvent, l'ulcération tuberculeuse est unique, localisée dans le voisinage du sphincter anal et, de là, elle se

propage vers les parties hautes, mais parfois aussi les ulcérations sont multiples, on en voit 4 ou 5.

On peut parfois noter la présence d'un anneau de striction muqueux, à l'endroit d'une ulcération guérie ou en voie de guérison, mais, nous le répétons, le rétrécissement annulaire est rare.

Lorsqu'on a affaire à une tuberculose à forme sténosante, la rectoscopie est difficile, le canal a des parois irrégulières, ulcérées, avec des parties de couleur rouge vif, saignantes, et d'autres d'aspect blanchâtre comme cicatricielles.

Contrairement à ce qui se passe dans la recto-colite ulcéreuse hémorragique grave, il est rare de trouver une contracture diffuse de l'ampoule et une diminution d'épaisseur des valvules rectales.

C. L. MARTIN résume ainsi le processus des recto-colites tuberculeuses : « Hypérémie, œdème, hyperplasie des follicules clos, ulcération, hémorragie, perforation ou guérison ».

2° *L'examen radiographique.* -- Les signes radiographiques n'ont rien de pathognomonique, quand ils existent : ce sont en général les mêmes que l'on retrouve dans toutes les recto-sigmoïdites.

On peut faire l'examen après repas opaque, ou mieux, après lavement baryté.

a) *Après repas opaque.* -- On voit alors les images que STIERLIN a décrites dès 1911 dans les colites : absence totale de substance opaque au niveau des parties malades, à la suite d'un spasme local et donnant alors soit une véritable lacune, soit une ombre légère dépourvue d'incisures et de bosselures, souvent très étroite, et présentant des marbrures ou des stries plus foncées.

Ce sont également les « images en damier » (BURNAND et PERRET).

On peut noter également des modifications des contours du côlon, soit que l'on ait la déformation en bordure de timbre-poste, soit que l'on ait une image de sténose vraie.

b) *Par lavement opaque.* — Parfois, celui-ci traverse très rapidement les parties malades sans les distendre, en dessinant un mince ruban sinueux.

L'S iliaque présente des déformations morphologiques importantes, il est rétréci et à bords parallèles, son opacité est moindre que celle du côlon descendant ; parfois, il n'est indiqué que par un léger voile et parfois même, il existe une véritable solution de continuité entre le rectum et le côlon descendant.

On peut noter la présence de diverticules sigmoïdiens, qui apparaissent comme des culs de sac en doigt de gant.

Parfois des spasmes, traduction radiologique la plus simple de la souffrance, sont notés et chassent le contenu baryté.

Mais il faut savoir que le spasme peut être dû à des troubles vago-sympathiques fréquents chez les bacillaires, ou bien à une lésion inflammatoire ou ulcéreuse locale, siégeant au voisinage de l'endroit où il apparaît, mais parfois, ce sont des spasmes à distance, la lésion pouvant siéger loin de l'endroit où on les constate.

Alors que la rectoscopie ou le toucher rectal se font facilement, le lavement est souvent douloureux.

Parfois même, on réveille la douleur par la pression sous l'écran, des segments coliques malades.

En résumé : la recto-sigmoïdite ulcéreuse tuberculeuse, du point de vue radiologique présente : un défaut de remplissage, après repas ou lavement opaque, des segments malades, qui ne gardent pas le contact de la baryte, et des

images spasmodiques localisées avec fragmentation de la baryte ou incisures profondes.

3° *L'examen parasitologique et bactériologique des selles.*

Les examens de laboratoire n'apportent guère de renseignements.

a) *La recherche des B K* dans les selles (pratiquées pour la première fois par LICHTHEIM) est dénuée de tout intérêt diagnostique.

90 % des selles de tuberculeux pulmonaires contiennent des B K déglutis. Ce pourrait être cependant un signe de grande valeur, si on constatait leur présence constante et abondante chez un malade dont l'expectoration ne révèle pas la présence de B K ou qui ne crache pas ; et à condition, comme le dit CALMETTE, que les bacilles soient groupés en amas. Le B K est alors d'une trouvaille assez facile dans les glaires et le mucus, sans qu'on ait recours à l'enrichissement et à l'homogénéisation des selles.

On peut également rechercher les B K dans l'ulcération même en faisant un frottis après écouvillonnage (nous n'avons jamais pu mettre ainsi en évidence de B K).

b) *Présence de sang dans les selles*, rare pour certains (ARNAUD), pour d'autres (BONORINO UDAONDO), la présence de sang est constante, soit sous forme d'hémorragies occultes, soit sous forme franchement visible à l'examen microscopique ou macroscopique. Sa présence prouve évidemment l'existence d'une ulcération intestinale, mais ne prouve pas sa nature tuberculeuse.

c) *La recherche de l'albumine soluble*, par la réaction de collage au sublimé de TRIBOULET, est souvent négative. Cette albumine soluble traduit la présence d'ulcérations intestinales, dont elle ne présume d'ailleurs pas la nature.

d) *La numération globulaire*, considérée par certains auteurs américains comme un signe de valeur ; sur 35 cas de tuberculose intestinale vérifiée, MEYER trouve une leucocytose marquée (10.000 leucocytes), avec faible pourcentage de lymphocytes (HAYES).

On a rarement le tableau de l'anémie pernicieuse, sauf évidemment dans le cas d'hémorragies abondantes et répétées.

e) *L'examen coprologique* ne fournit pas, par lui-même, la preuve de la nature tuberculeuse des lésions. Il peut permettre, par l'étude de l'état de la digestion des divers aliments dans les selles, de rattacher la diarrhée à sa véritable cause. La présence de globules de pus nombreux dénote un processus inflammatoire actif, très probablement ulcéreux.

CHAPITRE VII

Diagnostic Différentiel

Le syndrome dysentérique avec prédominance de symptômes inhérents à l'intestin terminal (matières sanguino-purulentes, épreintes, ténesme, émission sanguine, faux besoins) est fréquent.

La recto-sigmoïdoscopie jointe à l'examen approfondi du malade, est la seule méthode qui permette de localiser et parfois d'identifier la véritable cause des symptômes observés.

Nous allons passer en revue les principaux diagnostics différentiels :

1° *Les hémorroïdes*, qui peuvent donner lieu à une rectite hémorroïdaire. Mais on aperçoit toujours au rectoscope, les paquets hémorroïdaires. Il se peut cependant que hémorroïdes et ulcérations tuberculeuses coexistent, dans ces conditions, les hémorroïdes ne devront être incriminées que si l'endoscopie permet de constater l'absence d'ulcérations.

2° *Les tumeurs bénignes du rectum* : polypose. Ici encore, l'examen rectoscopique donne la clé du diagnostic. Ces tumeurs facilement reconnaissables, sont pédiculées, élastiques, elles saignent plus ou moins et surtout sont très mobiles.

3° *Le cancer du rectum*. S'il est perçu au toucher, vu au rectoscope ou si, par le palper, on sent une tumeur dure, bosselée et indolore, le diagnostic est facile. Mais la symptomatologie peut se limiter à une diarrhée persistante, avec présence dans les selles de glaires, de pus et de sang. Les signes d'obstruction peuvent manquer : les poussées thermiques lorsqu'elles existent, l'altération progressive de l'état général ajoutent une note plus imprécise encore.

L'exploration radiologique par lavement opaque, si elle révèle souvent l'existence du néoplasme, peut rester négative, et le diagnostic pourrait rester en suspens pendant longtemps, si l'on n'avait pas la possibilité de faire l'examen rectoscopique. Celui-ci montre des végétations ulcérées à bords durs, déchiquetés, dont les parois sont cartonnées, fixées, « murées », non mobilisables. Il montre aussi l'infiltration sous-muqueuse. Enfin, ces ulcérations saignent en nappes tout le temps. Dans les cas douteux, le biopsie tranche le diagnostic.

4° *La recto-colite ulcéro-hémorragique grave*, peut parfois être crue d'origine tuberculeuse chez un malade amaigri ; d'ailleurs, elle peut exister chez un sujet tuberculeux, mais, dans la majorité des cas, chez un tuberculeux en évolution, il faut d'abord penser qu'il s'agit d'une recto-sigmoïdite ulcéreuse tuberculeuse. L'aspect des lésions, les recherches bactériologiques, les inoculations, l'étude de la formule hémoleucocytaire nous font faire le diagnostic presque toujours. Dans la recto-colite ulcéro-hémorragique, on peut noter deux aspects rectoscopiques différents.

En premier lieu, la muqueuse est rouge, vernissée, granitée, grêlée, saignant facilement, la surface est ponctuée d'ulcérations pétéchiales allant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une pièce de un franc, ou de cicatrices d'ulcération guéries. La sous-muqueuse est toujours atteinte.

Ces ulcérations sont en général plus intimement unies, et beaucoup plus nombreuses que ne le sont les ulcérations des follicules lymphatiques, uniques ou qui ne dépassent pas le nombre restreint de 4 à 5. Le piqueté hémorragique important, peut être considéré comme pathogénomique de la recto-colite ulcéro-hémorragique (MARTIN).

Le second aspect caractéristique est la présence de vastes ulcérations irrégulières de 4 ou 5 mm., à plusieurs centimètres de diamètre, sur la muqueuse que l'on vient de décrire. C'est ce que l'on a appelé : « type secondairement infecté ».

Cet aspect est dû à l'extension et à la coalescence de nombreuses lésions pétéchiales. Ces ulcérations « secondaires », plus vastes, sont peut-être plus fréquemment confondues avec les ulcérations tuberculeuses.

Cependant, l'étude de la muqueuse entre les ulcérations fournit des points de différenciation importants. Dans la colite ulcéro-hémorragique, la muqueuse est tachetée par les ulcérations pétéchiales ou les cicatrices qui en sont la conséquence, et on constate très souvent la rigidité du sigmoïde ou du rectum, avec diminution de calibre et de dimension des valvules rectales. Ces aspects sont rares dans les cas de tuberculose. Ici, le processus pathologique est le suivant : « Hypérémie, œdème, abcès peu nombreux à notre avis et infimes de la muqueuse, rupture de ces abcès avec, comme conséquence, des ulcérations pétéchiales » (MARTIN).

Presque toujours, l'affection débute au voisinage du sphincter et progresse ensuite vers le haut. En fait, elle est presque toujours limitée au rectum, beaucoup plus rarement à la partie terminale du sigmoïde.

5° *La dysenterie bacillaire*. L'examen est douloureux, le tube rectoscopique progresse difficilement : si l'on fait l'insufflation, celle-ci est pénible.

La muqueuse est rouge vif, hyperémiee ; on y voit du mucus épais, sanguinolent. En retirant le tube, on a l'impression que les parois sont caoutchoutées, épaissies, infiltrées. On note un piqueté hémorragique et des excoriations nombreuses, petites et superficielles ; l'aspect de la muqueuse est granuleux, chagriné.

6° *Les recto-colites amibiennes* : les ulcérations amibiennes présentent des caractéristiques entièrement différentes de celles de la recto-colite tuberculeuse et de la recto-colite ulcéro-hémorragique.

Les ulcérations tuberculeuses atypiques peuvent prêter à confusion, mais le diagnostic d'amibiase peut être fait à coup sûr ; si les ulcérations sont pour les cas de primo infestation ou pour les cas aigus de la variété « en boutonnière » (MARTIN). Elles sont elliptiques ou circulaires, et apparaissent comme de petites élevures de 2 mm. au-dessus de la muqueuse ; le sommet de ces élevures est gris ou jaune grisâtre, coloration due à la nécrose centrale, la base de ces élevures a de 5 à 10 mm.

Bref, ce sont des ulcérations surélevées et ombiliquées. Dans les cas chroniques, on note seulement des ulcérations en coup d'ongle ou des érosions superficielles plus étendues. Dans les cas graves, on peut voir en même temps, des ulcérations à surface plane, plus vastes, dont la base est recouverte d'une membrane pyogénique jaune brun, très adhérente. Si on enlève cet enduit, on voit sourdre des gouttelettes de sang. Dans tous les cas, ces ulcérations sai-

gnent beaucoup moins facilement que les ulcérations tuberculeuses. Elles ne donnent jamais d'hémorragies impressionnantes.

L'aspect de la muqueuse elle-même varie, de la coloration rose pâle, dans les affections chroniques, au rouge sombre dans les cas aigus ; parfois elle présente l'aspect « maroquiné » (BAUMEL).

Le processus pathologique est le suivant « Hypérémie, œdème, prolifération du follicule clos et du tissu adjacent, thrombose locale des vaisseaux sanguins, nécrose et ulcération » (MARTIN).

Les parois restent souples, mais les valvules de Houston ont leurs bords légèrement épaissis.

L'épreuve du traitement et la recherche des anamnétiques sont d'une importance considérable (BAUMEL).

7°) *La maladie de NICOLAS-FAVRE.* — Caractérisée par un rétrécissement bas-situé, d'où difficulté de pénétration du rectoscope, saignement, douleur souvent très prononcée nécessitant l'anesthésie ; on a souvent affaire à une rectite ulcéreuse et bourgeonnante avec importante infiltration des parois (BAUMEL). Ne pas oublier de faire une réaction de Frei.

8°) *La recto-sigmoïdite syphilitique.* — Le chancre rectal passe inaperçu. On voit surtout, soit des gommes, soit des syphilides ulcérées. Ce sont des lésions circonscrites, saignant assez abondamment avec émission de pus minime. Il y a de l'infiltration ; on a l'impression de caoutchouc plein, mais le rectum est mobilisable sur le plan profond.

Il existe une syphilis avérée, le B. W. est toujours positif.

9°) *Enfin la rectite blennorragique.* — La rectoscopie est excessivement douloureuse, nécessitant en général l'anes-

thésie, la muqueuse est rouge vif, ulcérée ; on note la présence de muco-pus et d'une vive inflammation péri-anale. On trouve des gonocoques à l'examen des frottis avec ou sans gonococcie urétrale ou vaginale avérées.

Dans la pratique ordinaire, comme le dit C. L. MARTIN, avant l'examen rectoscopique, le diagnostic différentiel chez un malade présentant cliniquement une lésion ulcéreuse du rectum, doit faire éliminer d'abord la dysenterie amibienne, bacillaire ou parasitaire, puis la recto-colite ulcéro-hémorragique, la rectite gonococcique, la maladie de Nicolas-Favre. On doit penser à la recto-sigmoïdite tuberculeuse, d'emblée chez un tuberculeux pulmonaire, avéré même si les ulcérations ne paraissent pas typiquement tuberculeuses.

Quand on voit des ulcérations tuberculeuses typiques la lésion pulmonaire est presque toujours ancienne et fortement avancée.

CHAPITRE VIII

Pronostic

Les constatations nécropsiques avaient amené les différents auteurs à admettre que la tuberculose intestinale et, par conséquent les recto-sigmoïdites tuberculeuses, étaient une complication terminale de la tuberculose pulmonaire et que son évolution était toujours fatale.

Mais, comme le dit BONAFÉ, nos idées sur ce pronostic ont évolué, comme ont évolué également nos idées sur celui de la tuberculose pulmonaire. Nos observations en fournissent une preuve de plus.

Il n'en reste pas moins que la recto-colite ulcéreuse est la variété de tuberculose rectale la plus grave, bien plus grave que le tuberculome par exemple, qui, lui, est facilement extirpable.

Malgré tout, elle témoigne d'une tuberculose avancée et la mort peut survenir, par les progrès de la cachexie aggravée par la diarrhée incessante : en effet, la recto-sigmoïdite tuberculeuse amène toujours de l'amaigrissement, elle prouve un état de déficience générale, ce qui aggrave toujours l'évolution pulmonaire.

Ceci est confirmé par les améliorations remarquables, d'ordre pulmonaire observées chez quelques malades qui ont guéri leur tuberculose recto-sigmoïdienne.

La mort peut-être encore le fait de la perforation. Celle-ci, qui survient en général chez un sujet cachectique, peut être parfois latente, les réactions péricolitiques circonscrivant la péritonite.

De même dans les cas d'hémorragies importantes ou continues, la mort peut être la conséquence de l'anémie aigüe.

Enfin, elle est presque toujours le fait de l'évolution pulmonaire, (poussée granulique) ou de l'hépatite graisseuse dégénérative.

Pourtant, nous avons vu, au chapitre de l'évolution, que la guérison n'est pas une exception.

Dans tous les cas, par la mise en œuvre d'une thérapeutique appropriée, il est possible de voir survenir une amélioration très notable.

C'est ce que nous avons obtenu chez la plupart de nos malades, sauf un, mort en pleine cachexie causée par les lésions pulmonaires. (Obs. I).

CHAPITRE IX

Traitement

Le traitement est avant tout d'ordre médical, mais parfois on pourra être amené à envisager un traitement chirurgical.

Il faut également signaler le traitement par les agents physiques.

I. — TRAITEMENT MÉDICAL

C'est avant tout le traitement de la tuberculose en général et celui de la localisation intestinale.

En pratique, et pour cette dernière, les indications sont les suivantes :

- 1°) Mettre l'intestin au repos.
- 2°) Combattre la stase.
- 3°) Agir sur la muqueuse malade.

1°) *Mettre l'intestin au repos* : Pour cela, il faut préserver soigneusement le malade du froid et des changements brusques de température.

Instituer un régime convenable : alimentation lacto-végétarienne, avec aliments très finement divisés et ne laissant pas de déchets, de façon à ne pas irriter la muqueuse. De même, il faut laisser de côté les aliments gras mal absorbés et le bouillon, milieu de culture pour les bactéries de l'intestin.

On peut, comme le conseille TIMBAL, en cas de diarrhées excessives, établir un régime alimentaire spécial (après examen coprologique) qui sera approprié à l'état des fonctions digestives, de façon à fournir le maximum d'effets avec le minimum de moyens.

Enfin, il ne faut pas hésiter à mettre le malade au repos au lit, en cas de forte diarrhée. C'est ce que MATHIEU appelle « la cure d'horizontalité », qui agit pour les raisons suivantes :

a) Elle supprime, ou du moins diminue la fatigue physique, car l'irritabilité nerveuse qui en découle contribue à entretenir la diarrhée : elle permet d'obtenir le repos physique et moral.

b) Elle réduit au minimum les dépenses organiques, évitant ainsi l'aggravation de l'amaigrissement, qui entretient l'irritabilité nerveuse et augmente les ptoses abdominales.

c) Elle supprime l'action nocive des ptoses abdominales, qui, par tiraillement sur les filets nerveux amène consécutivement des spasmes, des contractions des parois de l'intestin, des phénomènes douloureux.

2°) *Combattre la stase.* La constipation irrite les ulcérations. Il faut donc la supprimer. Pour cela donner chaque matin, chaque soir ou avant les repas une ou plusieurs cuillerées à soupe d'huile de paraffine ou de vaseline ; et au besoin de l'huile de ricin. Mais souvent, les huiles, comme tous les corps gras, sont mal assimilées par les bacillaires, aussi pour les faire tolérer est-il bon

d'en faire suivre l'absorption d'une petite gorgée d'un verre d'eau vineuse contenant une cuillerée à café d'une solution d'acide chlorhydrique au 1/10.

Quand on le peut, donner la préférence aux mucilages : graine de psyllium par exemple.

La belladone ou l'atropine, seule ou associée à la papavérine, peuvent être utiles pour lutter contre la constipation et le spasme douloureux qui l'accompagne.

3°) *Agir sur la muqueuse malade :*

A) Calmer la diarrhée et pour cela employer les diverses médications antidiarrhéiques.

1°) Les modérateurs du péristaltisme intestinal : Opium, (V gouttes de laudanum avant les repas), Sels de Bismuth, qui agissent également comme antiseptique, grâce à leur propriété de fixer l'hydrogène sulfuré (très irritant pour la muqueuse).

2°) Les antiseptiques : oxyde de zinc, acide salicylique et ses dérivés, ferments lactiques (KÉFIR).

3°) Les médicaments opothérapiques : pour suppléer aux diverses insuffisances sécrétoires. (Acide chlorhydrique, extraits biliaires et pancréatiques).

Enfin les arsenicaux pentavalents, (per os) et les sels de calcium par voie intra-veineuse, ont donné d'incontestables succès.

B) Modifier la muqueuse. Pour cela, on aura recours aux lavages et aux pansements rectaux, mais dans les cas aigus, il faut être prudent dans l'emploi des antiseptiques, modificateurs de la muqueuse, mieux vaut ne pas risquer de traumatiser la muqueuse rectale déjà fragile.

a) *Lavages* : On a intérêt à commencer par de petits lavages de 100 à 150 grs, en alternant : par exemple ; bleu de méthylène à 1/500, gonacrine à 1/4000, Ziehl à 1/2000.

Souvent, la tolérance s'accroît et les lavements de 1/2 litre sont supportés. Il est préférable souvent d'avoir recours

- 2^o) *Les désinfectants* : Liqueur de Labarraque 4 grs
Eau de Rabel 4 grs
Huile goménolée . . . 10 cc.
- 3^o) *Les styptiques* : Adrénaline au 1/1000, XXX gouttes.
Antipyrine 3 grs
Seigle ergoté 2 grs
- 4^o) *Les cautérisants* : Ichtyol 5 grs
Dermatol 5 à 10 grs
Acide chromique 0.50
Nitrate d'argent 0.10
- 5^o) *Les absorbants* : Carbonate de chaux 20 grs
Carbonate de Bismuth . . 20 grs
Oxyde de zinc 30 grs
Poudre de charbon 50 grs

Il faut noter que quelques médicaments sont incompatibles avec les mucilages : Collargol, bleu de méthylène, permanganate de potasse, par exemple.

Voici la formule qu'emploie M. le Professeur BAUMEL dans son service :

Agar-agar : 2 cuillerées à café.

Dissoudre dans eau : 150 cc.

Ajouter infusion de camomille à 37° : 650 cc.

Incorporer : Oxyde de zinc :
dermatol

ââ.....	10 grs.
---------	---------

et en plus tout autre médicament indiqué,

Faire tiédir au bain-marie.

Injecter lentement 150 grs le soir en se couchant, avec une poire à lavement d'enfant. A garder toute la nuit, si possible.

c) *Méthodes endoscopiques* : Outre lavages et pansements rectaux MUMMERY conseille les attouchements modi-

ficateurs : application d'acide azotique, insufflation de poudres inertes (dermatol), badigeonnage de fuchsine phéniquée ou autres.

II. — THERAPEUTIQUE PAR LES AGENTS PHYSIQUES ET CURES HYDROMINERALES

Les seuls agents physiques utilisés sont la chaleur et l'électricité.

a) *La chaleur* : Calme les douleurs et diminue le péristaltisme intestinal (Compresses chaudes).

b) *L'électricité* : Est employée sous forme d'ionisation au sulfate de zinc. (MUMMERY, BENSAUDE, MEYER).

Mais ce qu'il convient de signaler principalement c'est l'utilité de la diathermo-coagulation. Quand, par exemple, on se trouve en présence d'un vaisseau atteint par le processus ulcératif, qui saigne abondamment, on peut, grâce à cette méthode, arrêter instantanément l'hémorragie, instantanément est le mot qui convient : Nous avons pu nous en rendre compte en voyant notre Maître M. le Professeur BAUMEL, appliquer cette méthode chez le malade de l'Obs I.

Cures hydrominérales : Elles ne sont généralement pas indiquées avec prudence ; deux stations sont à envisager : Plombières et Châtel-Guyon.

Plombières : Chez les spasmodiques, dont les eaux sont sédatives par leur température élevée, leur faible minéralisation et leurs propriétés radio-actives. Elles calment les phénomènes douloureux, combattent les phénomènes inflammatoires et modèrent le péristaltisme intestinal.

Châtel-Guyon : Chez les atoniques. Possède une action laxative due au chlorure de magnésium, tonifie l'état géné-

ral, le système nerveux et le tube digestif, renferme des substances qui possèdent une action modificatrice sur la muqueuse de l'intestin.

Il ne faut pas perdre de vue que ces malades sont des bacillaires d'où presque toujours des contre-indications à peu près complètes dues à leur état **pulmonaire**.

Enfin, chez les malades présentant des hémorragies, il pourra être nécessaire parfois d'envisager une transfusion lorsque les spoliations sanguines seront trop importantes ou trop répétées. Ces transfusions seront donc d'ordre médical ou chirurgical.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il est exceptionnel, mais il peut être indiqué par la gravité de la recto-colite chez un malade dont l'état pulmonaire est, par ailleurs, satisfaisant (Tuberculose bénigne ou stabilisée, ou pneumothorax efficace) et par la crainte ou l'existence de rétrécissements multiples et serrés.

Dans certains cas très graves, où le traitement médical reste sans effet, il ne faut pas hésiter à recourir à temps au traitement chirurgical, qui se borne ordinairement à dériver le cours des matières, afin de mettre au repos le segment malade, mais peut aussi exceptionnellement consister en une résection partielle.

C'est le seul traitement curatif des formes sténosantes.

Dans les formes hémorragico-purulentes, il trouve son indication quand la vie du malade est en danger, par l'abondance des selles ou des hémorragies et quand tout traitement médical, appliqué avec soin, et suffisamment longtemps a échoué. Le point important, avant l'intervention, c'est de connaître l'étendue des lésions pulmonaires et intestinales (radio).

On peut faire la résection de la zone ulcérée, à condition qu'elle soit de petite dimension. Si les lésions sont plus étendues, elle doit être exclue.

On peut envisager (BURNAND et PERRET) :

I. — Extirpation du segment malade.

II. — Exclusion de ce segment.

III. — Exclusion, dans un premier temps suivie d'exérèse quelques jours plus tard, lorsque le malade a eu la possibilité de refaire sa résistance générale et peut affronter dans les meilleures conditions la deuxième opération.

4 moyens peuvent être mis en œuvre :

1°) Etablir une fistule en amont des lésions pour permettre des lavages modificateurs. On peut, sur la portion initiale du gros intestin faire une appendicostomie ou une coecostomie ; mais, même l'anus cœcal ne réalise pas une exclusion complète du gros intestin, une partie des matières continue de passer dans le bout inférieur.

2°) Mettre au repos le segment malade en détournant le cours des matières par entéro-anastomose ; il est évident que si le rectum est lésé on ne peut employer cette méthode. Il faut alors se contenter d'un anus iliaque.

3°) Obtenir à la fois le traitement direct et la mise au repos par l'anus temporaire, établi en amont par colostomie (au-dessus de la limite supérieure des lésions (MOCQUOT).

4°) Enlever la portion malade de l'intestin quand les lésions n'occupent pas une étendue trop considérable : CUNEO et PICOT, Pierre DUVAL, MOCQUOT, ont eu de très beaux succès. Elle est indiquée dans les formes graves de recto-colites après échec de la mise au repos de l'intestin. Cette intervention n'est pas à recommander, on doit lui préférer et de beaucoup la diathermo-coagulation.

L'anus artificiel est l'intervention chirurgicale la plus tentante. ARCHIBALD et BROWN et SAMPSON « pensent que si l'on admet le traitement chirurgical, mais que l'excision de la région lésée de l'intestin ne puisse être pratiquée, la région tuberculisée doit être exclue, et les deux extrémités du tube intestinal amenées à la paroi abdominale en vue d'entraîner la formation d'une fistule cutanéomuqueuse.

Cependant, il est souvent bien difficile de déterminer le lieu précis où doit être fait cet anus, et d'autre part, il est délicat de savoir à quel moment il faut fermer l'anus artificiel.

En résumé : 1°) Les formes étendues avec état général grave ou non, sont uniquement justiciables du traitement médical.

2°) Les formes localisées peuvent être traitées chirurgicalement, mais ce traitement chirurgical implique des risques sérieux. La diathermo-coagulation avec moins de risques donne de meilleurs résultats.

Toutefois, même si l'état général est mauvais, on peut pratiquer une exclusion intestinale, opération rapide. De même, on peut tenter l'entéro-anastomose s'il y a des signes de sténose.

Le pneumothorax artificiel, la phrénicectomie et même la thoracoplastie, si le malade peut subir cette intervention sans trop de risques, doivent être cités parmi les traitements chirurgicaux à distance, car si leur valeur est grande du point de vue de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, indirectement ils peuvent aussi influencer sur l'avenir de la tuberculose intestinale.

CHAPITRE X

Conclusions

Les tuberculeux pulmonaires font donc très souvent des recto-sigmoïdites ulcéreuses, surtout quand la lésion pulmonaire est évolutive ; il faut toujours y penser lorsque le malade présente un syndrome dysentérique ou fait une hémorragie intestinale.

La rectoscopie permet de confirmer le diagnostic ; même le simple praticien doit aujourd'hui posséder son rectoscope et savoir s'en servir. Une lésion recto-sigmoïdienne traitée dès le début arrive facilement à guérir par le traitement médical (pansements rectaux, diathermo-coagulation). Mais il ne faut pas oublier qu'en dépit de tous les traitements locaux on a affaire à un terrain tuberculeux et que c'est l'état général qui toujours commande le pronostic de ces affections ; aussi convient-il, peut-être, de terminer cette étude sur quelques conseils de prophylaxie au sujet de cette affection.

Prophylaxie

Elle se résume dans le traitement et la stérilisation de tout foyer producteur de B. K., dans la suppression de la déglutition des crachats et de tout aliment bacillifère, dans le maintien d'un fonctionnement digestif normal, dans le traitement logique de toutes les affections intestinales inflammatoires, microbiennes ou parasitaires, chez les tuberculeux.

Il ne faut pas oublier également que l'abus de certains médicaments (sels d'or en particulier) peut amener des troubles digestifs. Le maintien d'un état général suffisant, capable de conserver à l'organisme tous ses moyens de défense est une condition prophylactique essentielle. Il doit être le but de toute cure hygiénique bien comprise et bien dirigée chez ces malades.

Bibliographie

- ANTOINE. — Les recto-colites graves (Thèse Paris 1919).
- ARNAUD. — Tuberculose intestinale ulcéreuse. (*Gazette des Hôpitaux*, 18 avril 1931, p. 597).
- BÄRGEN. — Treatment of ulcerative tuberculous lesions of large intestine (*Northwest Med.*, 30, 205-209, May 1931).
- BAUMEL. J. — Cours de pathologie digestive (semestre hiver 1936-1937), et consultation de gastro-entérologie cliniques St-Eloi, 1933-1937).
- BENSAUDE. — Traité d'endoscopie rectoscopique. Rectoscopie, sigmoïdoscopie. (Masson, 1926).
- BENSAUDE et ANTOINE. — Les colites et recto-colites graves non dysentériques. (*Gazette des Hôpitaux*, Fév. 1920).
- BENSAUDE, CAIN, MASSOT. — Les lésions de la recto-colite ulcéreuse aiguë. (*Arch. mal. app. digestif*, t. XXII, n° 2, p. 127-1932).
- BENSAUDE et THIBAUD. — Contribution à l'étude endoscopique et thérapeutique des procto-sigmoïdites. (*Soc. méd. Hôp. de Paris*, 31 oct. 1913, p. 444).
- BLUMAN. — Contribution à l'étude des lésions intestinales chez les tuberculeux pulmonaires (Thèse, Genève 1925).
- BOINE. — Contribution à l'étude de la colite ulcéreuse. (*Journal de radiologie* 1920, p. 45).
- BONAFÉ. — Essai de systématisation du diagnostic précoce de la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires chroniques. (*Presse méd.*, 31 Mars 1928).
- BONAFÉ. — Traitement de la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires chroniques. (*Paris méd.*, 7 avril 1928, p. 316).
- BONAFÉ. — La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires. (Edit. S.E.P., 1936).
- BONAFÉ et ROUGY. — Valeur séméiologique et pronostique de l'hémorragie intestinale chez les tuberculeux pulmonaires. (*Presse méd.*, 4 juin 1927).
- BONNAMOUR, BADOLE et BERNAY. — Les signes radiologiques de la colite tuberculeuse. (*Journal de Méd. de Lyon*, 20 Août 1929).

- BONORINO UDAONDO. — Les colites ulcéreuses chroniques.
- BONORINO UDAONDO et SANGUINETTI. — Affections douloureuses de l'intestin terminal, diagnostic et traitement.
- BROWN et SAMPSON. — Etude sur la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires. (*Ann. de méd.*, Nov. 1924, N° 5, T. XVI).
- BURNAND. — Diagnostic précoce de la tuberculose intestinale. (*Soc. méd. de Leysin*, 9 Mars 1926).
- BURNAND et PERRET. — Sur la séméiologie, le diagnostic et le traitement opératoire des formes médicales de la tuberculose intestinale. (*Revue de la tuberculose*, Déc. 1926, p. 817).
- CADE. — Colites infectieuses aiguës, chez l'adulte. (*Arch. mal. app. digestif*, t. VII, 1913).
- CADE. — Tuberculose intestinale, diagnostic et traitement. (*Strasbourg médic.*, 20 juin, t. LXXXV).
- CAIN A. — Typhlo-colite tuberculeuse. (Rapport au congrès des colites Plombières, 1935).
- CAIN et MONNEROT DUMAINE. — Les colites ulcéreuses tuberculeuses. (*Ann. de Méd.*, Avril 1929, t. XXV, p. 360).
- CAIN et OURY. — Colites et recto-colites ulcéreuses. (*Revue critique de pathologie et de therap.* Sept. 1931, p. 707 et Oct. 1931, p. 813).
- CAIN et FACQUET. — 2 cas d'entérorragie d'origine sigmoïdienne. (*Arch. mal. appa. digestif*, Nov. 1934, p. 994).
- CARNOT, HARVIER, MATHIEU, LARDENNOIS et FRIEDEL. — Les colites.
- CHABROL et BARIETY. — Maladies de l'appareil digestif.
- CHIRAY, LARDENNOIS, BAUMAN. — Les colites chroniques. (Masson, 1934).
- COURCOUX et GODEL. — Traitement des troubles intestinaux des tuberculeux pulmonaires. (*Journal méd. français*, Juin 1927).
- DAVIOT. — Contribution à l'étude radiologique de la tuberculose intestinale. (Thèse Paris 1924).
- DELAGE. — Un cas de sigmoïdite tuberculeuse. (*La clinique* 1907, p. 276).
- DOPTER. — Les dysenteries. (Doin 1910).
- DURAND. — Les colites ulcéreuses chroniques et leur traitement. (*Journal de méd. et chir. pratiques*, 25 fév. 1925, p. 130).
- ENRIQUEZ, CARRIE, GUTMANN, DURAND. — Maladies du tube digestif. (in nouveau traité de pathologie interne, T. I, 2ème partie).
- FAMÉ. — Les voies de l'infection tuberculeuse exogène et ses sources (*Bull. méd. de Leysin* 1929, numéros 112 à 115).
- FRIEDEL. — Les recto-colites hémorragiques érosives. (*Arch. mal. app. digestif*, t. VIII, 1915, p. 383).
- GIRAUD. — Symptômes, diagnostic et traitement des formes médicales de la tuberculose intestinale. (*Journal des praticiens*, 25 août 1925).
- HEITZ. — Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical de la tuberculose intestinale. (Thèse, Lyon 1930).
- J. L. — La recto-colite ulcéreuse chronique et traitement chirurgical. (*Journal des praticiens*, 21 Nov. 1925).
- JOYEUX et MEYERS. — Diagnostic coprologique des colites. (*Congrès des colites Plombières*, 1935).
- LANGENHAGEN. — Les recto-colites ulcéreuses chroniques et leur traitement. (*Bull. gén. de therap.*, 1925).

- LÆPER. — Les lésions rectale de la dysenterie bacillaire. (*Leçons de path. digestive*, VIe série, 1909, p. 200).
- LOWYS. — Les troubles digestifs des tuberculeux pulmonaires. (*Journal des praticiens*, Mars 1928 et s. s.).
- MAGENA. — Le traitement allergique dans les colites. (*Arch. mal. app. digestif*, Janv. 1935, p. 57.)
- MARTIN C. L. — Ulcères du rectum et de l'anse sigmoïde. (*Journal amér. méd. Assoc.* 2 Janv., 1932).
- MATHIEU. — Les colites hémorragiques. (*Pathol. gastro-int.*, IIIe série, 1911, p. 134).
- MOSSER M. — La recto-colite ulcéreuse. (*Thèse*, Strasbourg 1936).
- OURY et MONOD. — Recto-colites ulcéreuses in *Pratique médico-chirurgicale*, T. VII, (Masson, 1931).
- PAVEL et FLORAIN. — Les recto-sigmoïdites chroniques.. (*Misœra méd. Rom.*, N° 6, 1934).
- PIERRY. — Histoire de la tuberculose digestive. (*Arch., mal. appareil digestif*, Mars 1927, t. XVII).
- PRUVOST. — Tuberculose des intestins in-traité de pathol. médicale et de thérap. appliquée, XVIII, t. 2, p. 653).
- QUENU et DUVAL. — Ulcère simple du gros intestin. (*Rev. de Chirur.* Nov. 1902).
- QUENU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum (1899).
- RACHET J. — A propos de quelques hémorragies d'origine ano-rectale. *Rev. méd. franç.*, 1934, p. 693),
- RICHARD. — Le traitement des complications intestinales au cours de la tuberculose pulmonaire. (*Courrier méd.*, 1er Déc. 1929).
- ROUX, MOUTIER, CAILLE. — Pathologie gastro-intestinale.
- RUDOLPH. — Le traitement des colites. (Baillères et fils, Paris 1934).
- SPILLMANN. — De la tuberculose du tube digestif. (*Thèse Paris*, 1878).
- STEWART. — Two cases of ulcérate tuberculous colitis. (*U. S. Vet. Burn. M. Bull.* 3, 67-69, January 1927).
- STRAWN et DONES. . . Diagnosis of tuberculous ulcers of bowel. (*J. Iowa H. S.* 17, 90-94, March. 1927).
- TIMBAL. — 2 cas de recto-colites ulcéreuses. (*Toulouse médical*, 15 Juin 1921).
- TIMBAL. — Les diarrhées chroniques. (Masson, 1922).
- VILARDELL. — Rectite ulcéreuse tuberculeuse et lambliaze. (*Revista médica de Barcelona*, n° 44, 1927).
- VILLARET et MOUTIER. — Les cures thermales en gastro-entérologie. (Masson).

Table des Matières

	Pages
Introduction.. . . .	9
Chap. I. — Historique.....	12
Chap. II. — Observations.....	15
Chap. III. — Etiopathogénie.....	37
Chap. IV. — Anatomie pathologique.....	43
Chap. V. — Etude clinique.....	8
I. — Fréquence	18
II. — Symptomatologie	19
III. — Evolution et complications.....	55
Chap. VI. — Diagnostic	57
Chap. VII. — Diagnostic différentiel.....	61
Chap. VIII. — Pronostic	70
Chap. IX. — Traitement	72
I. — Médical	72
II. — Par agents physiques et cures hydromi- nérales.. . . .	77
III. — Chirurgical	78
Chap. X. — Conclusions — Prophylaxie	81
Bibliographie	83

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant
pour titre :

*Des recto-colites ulcéreuses chez
les bacillaires pulmonaires de
Koch.*

par M. CAUVY Louis

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 14 Avril 1937.

Le Professeur :

VIRES

Vu :

Montpellier, le 15 Avril 1937.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 17 Avril 1937.

Le Recteur,

Pour le Recteur,

Le Doyen Délégué :

ASTRUC.

Serment

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
